سلسلة علم النفس



العلاج النفسي

أصوله . تطبيقاته . أخلاقياته

تأليف

د. حسين فايد

سلسلة علم النفس

تمهيد

يعتبر مجال الاضطرابات العقلية أحد المجالات الهامة والمثيرة للاهتمام لدى المنظرين والباحثين فى مجال علم النفس. وقد سبق وأن صدر للمؤلف عدة مؤلفات تهتم بمجال الاضطرابات العقلية. منها كتاب الاضطرابات السلوكية والذى يهتم بتشخيص الاضطرابات العقلية وفقاً لما ورد من معايير تشخيصية فى دليل التشخيص الإحصائى الرابع (DSM - IV, 1994) والذى أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسى (APA). أما الكتاب الثانى، فهو كتاب علم النفس المرضى الذى اهتم بمناقشة وطرح عوامل المخاطرة والنظريات المفسرة للاضطرابات العقلية. أما الكتاب الثالث، فهو كتاب علم النفس الإكلينيكى والذى يهتم بالبحث والممارسة الإكلينيكية فى مجال الاضطرابات العقلية .

ويعتبر الكتاب الحالى هو الكتاب الرابع المكمل لسلسلة علم النفس فى مجال الاضطرابات العقلية الخاصة بمؤلفه، حيث يهتم بتناول العلاج النفسى هذه الاضطرابات، معتمداً فى ذلك على طرق العلاج النفسى فى علاجها ستثنياً العلاج الطبى الذى يستخدم العقاقير والجلسات الكهربائية حيث أن لك ليس فى طبيعة التخصص الدقيق للمؤلف .

وإذا كان المؤلف أراد أن يلقى الضوء على كيفية علاج بعض ضطرابات العقلية فى هذا الكتاب، إلا أنه فى بداية هذا الكتاب أراد أن ز أصول العلاج النفسى فضلاً عن أخلاقياته .

ويتضمن الكتاب الذى بين أيدينا إحدى عشر فصلاً موزعة على ثلاثة ب، هى: الباب الأول: أصول العلاج النفسى، ويشمل فصلين، يـ تص الأول بمدخل إلى العلاج النفسى، ويختص الفصل الثانى بأساليب

العلاج النفسى. أما الباب الثانى: **أخلاقيات العلاج النفسى**، ويتضمن الفصل الثالث الذى يختص بالقضايا الخاصة بالعملاء والمعالجين، ويختص الفصل الرابع بالقضايا الأخلاقية والقانونية فى العلاج النفسى. وبالنسبة للباب الثالث: **تطبيقات العلاج النفسى**، فيتضمن سبعة فصول، هى الفصل الخامس الذى يختص بالعلاج النفسى والمجتمعى للفصام، والفصل السادس الذى يختص بعلاج الاعتماد على العقاقير، والفصل الثامن الذى يختص بعلاج اضطرابات الشخصية، والفصل التاسع الذى يختص بعلاج اضطرابات القلق، والفصل العاشر الذى يختص بعلاج الانتحار، والفصل الحادى عشر الذى يختص بعلاج الاضطرابات الجنسية .

وأرجو من الله عز وجل أن يستفاد من هذا الكتاب الزملاء الباحثون والمعالجون النفسيون. وأطمئن القارئ أنه سوف يتم إضافة فصول أخرى تختص بعلاج اضطرابات عقلية أخرى فضلاً عن تعميق الفصول الحالية فى الطبعات اللاحقة .

والله من وراء القصد،،

د/ **حسين على فايد**

طنطا - أكتوبر ٢٠٠٥

الباب الأول

أصول العلاج النفسى

الفصل الأول : مدخل إلى العلاج النفسى .

الفصل الثانى : أساليب العـلاج النفسى .

الفصل الأول
مدخل إلى العلاج النفسى

مقدمــة :

فى هذ الفصل، سوف نفحص ونناقش الملامح الأساسية المشتركة بين جميع أساليب العلاج. وبعد ذلك نناقش مجالات تعتمد على العلاج النفسى، وعلاج الاضطرابات النفسية بواسطة أساليب نفسية مثل التحدث عن المشاكل واستكشاف طرق جديدة للتفكير والسلوك .

وتستخدم هذه المجالات أساليباً مشتقة من مجالات سيكوديناميـة وإنسانية وسلوكية ومعرفية للعلاج.

ويجب الإشارة إلى أنه يجب أن نضع فى الاعتبار أن غالبية المهنيين فى مجال الصحة النفسية يرون أنفسهم كمعالجين إنتقائيين Eclectic Therapist. بمعنى أنهم يميلون إلى مجال علاجى واحد، ولكن أثناء العمل مع عملاء معينين أو مشاكل معينة، فإنهم يستعينون بأساليب من أنماط علاجية أخرى (Jensen et al., 1990) ، فضلاً عن تلقى كثير من العملاء عقاقيراً مؤثرة نفسياً بجانب العلاج أثناء سير العلاج النفسى (Luckey & Gordon, 1991)

كما سوف نلقى بعض الضوء على أمور هامة فى العلاج النفسى، تتمثل فى طبيعة الخدمات النفسية العلاجية، وصعوبات متعلقة بأتعاب العلاج، فضلا عن مناقشة العوامل الثقافية فى العلاج النفسى.

الملامح الأساسية للعلاج النفسى :

تشترك جميع العلاجات الخاصة بالاضطرابات النفسية وكذلك العلاجات الخاصة بالاضطرابات الجسمية فى ملامح أساسية معينة. وتشمل هذه الملامح



العامة عميلاً أو مريضاً، ومعالجاً يتوقع منه أن يكون قادراً على مساعدة العميل وتأسيس علاقة خاصة بينه وبين العميل. وبالإضافة إلى ذلك، تقوم كل أشكال العلاج على نظرية ما عن أسباب ومشاكل العميل. وعادة يركز الأخصائيون النفسيون على تغيير العمليات النفسية من خلال العلاج النفسى.

ويمكن تصنيف الناس الذين يتلقون علاجاً نفسياً إلى فئتين عامتين، هما: المرضى الداخليين Inpaitents والمرضى الخارجيين Outpaitents. **فالمرضى الداخليون** يُعالجون فى مستشفيات أو مؤسسات إقامة أخرى، إنهم نزلاء مستشفى لأن إصاباتهم شديدة بما يكفى لتهديد رفاهيتهم أو أمن الآخرين. وإعتماداً على مستوى أدائهم، فإن المرضى الداخليين قد يظلون فى المستشفى لأيام قليلة أو حتى سنوات عديدة. ويشمل علاجهم دائماً عقاقيراً مؤثرة نفسياً Psychoactive drugs. أما **المرضى الخارجيين**، فيميلون إلى أن يكونوا أصغر فى العمر، أو يكونوا إناثاً، أو يأتون بشكل غطى من طبقات متوسطة أو عليا .

أولئك الذين يقدمون العلاج النفسى هم مجموعة متنوعة كذلك. فمنهم **الأطباء النفسيون** Psychiatrists ، وهم أطباء أكملوا تدريباً متخصصاً كاملاً فى علاج الاضطرابات النفسية. وهم مثل الأطباء الآخرين لديهم ترخيص فى وصف العقاقير لعلاج المشاكل النفسية. ومنهم **الأخصائيون النفسيون** Psychologists ، الذين يقدمون العلاج النفسى، وهم ممن أكملوا عادة درجة الدكتوراه فى علم النفس الإكلينيكى أو الإرشادى، يليها فى الغالب تدريباً متخصصاً إضافياً. وننوه هنا إلى أن الأخصائيين النفسيين ليس لديهم ترخيصاً لوصف العقاقير فى العلاج النفسى رغم وجود جدل مستمر لاقتراح تحديد خصائص الوصفات للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الذين قد كانوا مدربين

بصفة خاصة لهذه الوظيفة. ومقدمو العلاج الآخرين يشملون **الأخصائى الاجتماعى الإكلينيكى** Clinical Social Workers، **ومعالجوا الزواج والأسرة** Marriage and family therapists، **والمرشدون المهنيون المرخصون** Licensed professional counselors . ويحمل جميعهم بشكل غطى درجة الماجستير فى مهنهم الخاصة، ويقدمون علاجاً فى مجموعة متنوعة من المحيطات، مثل المستشفيات والعيادات، والممارسة الخاصة. رفضلاً عن هؤلاء المتخصصين فى مجال العلاج النفسى المنوه عنهم سلفاً، فتوجد ممرضات الطب النفسى، ومرشدو سوء استخدام المواد، وأعضاء من رجال الدين الذين يقدمون كذلك أشكالاً من العلاج. ويمثلون جزء من الفريق العلاجى للمرضى الخارجيين .

ويعتبر الهدف العام لمقدمى العلاج هو مساعدة الناس المضطربين على تغيير تفكيرهم ومشاعرهم وسلوكهم بأساليب تشفى وتخفف الأسى أو الكرب، وتزيد الرفاهية أو السعادة وتحسن أداءهم الكلى. ولتحقيق هذا الهدف، يحاول بعض المعالجين أن يساعدوا على كسب الاستبصار فى الأسباب المختلفة للمشاكل، ويسعى آخرون إلى تعزيز النمو من خلال التعبير الذاتى الأصيل Genuine self - expression، ولازال آخرون يساعدون العملاء على تعلم وممارسة طرق جديدة من التفكير والسلوك. وتعتمد الطرق الخاصة المستخدمة [illegible]

المـ ح للعلاج، والتفضيلات النظرية والمنهجية للعلاج. وتوجد مئات الطرق أو الأساليب النوعية للعلاج النفسى (Bongar & Beutler, 1995; Ellis, 1997). ويقع معظمها فى واحدة من أربع فئات عامة، هى: السيكودينامية، والإنسانية (الظواهرية)، والسلوكية والمعرفية. وفيما يلى سوف نعرض للفئات الأربع الأساسية للعلاج النفسى .

أساليب العلاج النفسى

يعتبر الهدف العام للعلاج النفسى هو مساعدة الأفراد المضطربين على تغيير أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم من خلال عدة طرق أو أساليب للعلاج، تتمثل فى الآتى :

العلاجات السيكودينامية (التحليلية النفسية):

وتهدف إلى النضج النفسجنسى عن طريق الاستبصار وتقوية وظائف الأنا. ويُستخدم فيها طريقة التداعى الحر، وتحليل الأحلام، وتحليل الطرح. وهذا بالنسبة للعلاج السيكودينامى الكلاسيكى (لفرويد). أما العلاج السيكودينامى المعاصر، فيهدف إلى تصحيح تأثيرات الفشل الخاصة بالتعلقات المبكرة، وتطوير علاقات حميمة تبعث على الرضا، ويُستخدم فيه تحليل الطرح والطرح المضاد .

العلاجات الإنسانية (الظواهرية) :

وتهدف إلى تحقيق القوة والوعى الممتد وتقبل الذات. ويُستخدم فى ذلك المقابلات الموجهة للانعكاس والمصممة لنقل الإحترام الإيجابى غير المشروط، والتقمص العاطفى، والتطابق، والتدريبات لتنمية الوعى بالذات.

العلاجات السلوكية :

[illegible]

وتنظيم الذات بشكل أفضل، ويُستخدم فى ذلك التحصين المنهجى. والنمذجة، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتدعيم الإيجابى، والاشتراط المنفر، والعقاب، والانطفاء، وإعادة البناء المعرفى .

العلاجات المعرفية :

تشتمل العلاجات المعرفية على كل الطرق التى تزيل الألم النفسى عن طريق تصحيح المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة. والعلاج المعرفى هو تطبيق الطرق الشائعة فى التفكير والتى طُورت فى الحياة العادية. وبذلك تهدف العلاجات المعرفية إلى التعامل مع عملية تحريف الواقع، والتعامل مع التفكير غير المنطقى .

أشكال العلاج النفسى

يأخذ العلاج النفسى شكلين أساسيين، هما: (١) العلاج الفردى، (٢) العلاج الجمعى، والأسرى، والخاص بالأزواج .

(١) **العلاج الفردى:** Individual Therapy

وهنا يقتصر العلاج النفسى على مريض واحد فى الجلسة العلاجية، ويستخدم معه المعالج أى طريقة أو أسلوب من أساليب العلاج النفسى التى تم التنويه عنها سلفاً. وهنا يكون الطرح مركزاً على المعالج، وهذا بخلاف العلاج الجمعى الذى يكون الطرح فيه موزعاً على باقى أفراد المجموعة .

العلاج الجمعى، الأسرى، الخاص بالأزواج :

Group, Family, and Couples Therapy

[illegible]

يُجرى- أيضاً - مع مجموعات من العملاء، أو مع أفراد الأسرة. ويشير **العلاج الجمعى** إلى علاج متزامن خاص بعملاء عديدين تحت إرشاد معالج يحاول أن يسهل التفاعلات المساندة بين أعضاء المجموعة. ويمكن توظيف العلاجات

السيكوديناميـة والظاهراتيـة والسلوكيـة جميـعهـا للاستـخدام فى جمـاعات.
وتنتظم كثير من الجماعات حول نمط واحد من المشاكل (مثل، إدمان الكحول)
أو نمط واحد من العملاء (مثل، المراهقين).

وفى معظم الحالات يتقابل ستة إلى إثنى عشر عميلاً مع المعالج مرة على
الأقل كل أسبوع لمدة عامين. ويجب أن يوافق جميع أعضاء المجموعة على سرية
كل شىء يحدث خلال الجلسات الجماعية.

ويقدم العلاج الجمعى ملامحاً عديدة غير موجودة فى العلاج الفردى
(Fuhriman & Burlingame, 1995, Yalom, 1995). وتتمثل تلك الملامح
فى الآتى:

أولاً: يسمح العلاج الجمعى للمعالج بملاحظة العملاء وهم يتفاعلون مع
بعضهم.

ثانياً: غالباً مايشعر العملاء بأنهم أقل وحدة وهم يستمعون إلى غيرهم،
ويتبينوا أن أفراداً كثيرين يناضلون مع صعوبات بنفس شدة صعوباتهم
على الأقل. ويميل هذا الإدراك إلى زيادة توقعات كل عميل فى التحسن،
وهذا عامل هام فى كل أشكال العلاج.

ثالثاً: يمكن لأعضاء المجموعة أن يدعموا الثقة الذاتية والقبول الذاتى
لبعضهم من خلال الثقة والتقدير المتبادل بينهم، وهذا فى حد ذاته ينمى
تضامن المجموعة.

رابعاً: يتعلم العملاء من بعضهم البعض، ويشاركون فى الأفكار الخاصة بحل
المشاكل ويعطون بعضهم تغذية راجعة آمنة Honest Feedback عن
كيفية تآزر الأعضاء.

خامساً: ربما عن طريق تقليد نماذج مشتركة، فإن خبرة المجموعة تجعل العملاء
أكثر رضاً لمشاركة مشاعرهم وأكثر حساسية لاحتياجات الناس الآخرين
ودوافعهم ورسائلهم.

سادساً: وفى النهاية، يسمح العلاج الجمعى للعملاء بأن يحاولوا تعلم
مهارات جديدة فى بيئة مدعمة.

وتتمثل مميزات العلاج الجمعى فى مساعدة الذات، أو المساعدة المشتركة،
والمؤسسات، وجماعات مساعدة الذات، مثل مدمنو الكحول مجهولوا الإسم
(AA)، وتتكون من أشخاص يشتركون فى خبرة مشكلة معينة ويتقابلون
لمساعدة أحدهم الآخر. وتوجد جماعات مساعدة الذات لسلسلة واسعة من
المشاكل، تشمل إدمان الكحول والعقاقير، والإساءة الجنسية فى الطفولة،
والسرطان، والإفراط فى الأكل، والمقامرة القهرية، والفصام. وقد نمت حركة
مساعدة الذات واسعة الإنتشار خلال العقدين الآخرين فى القرن العشرين
(Kurtz, 1997). وجزئياً لأن أفراداً كثيرين مضطربين يمكن أن يسعوا نوعاً ما
للمساعدة من الأصدقاء، والمدرسين، أو مساعدين آخرين «غير رسميين» قبل
لتحول إلى ممارس الصحة النفسية، وذلك لأن بعض الناس لم يرضهم العلاج
المهنى. وتعمل عشرات من مؤسسات مساعدة الذات من خلال مئات من آلاف
المؤسسات المحلية، تلحق حوالى ١٠ أو ١٥ مليون مشارك فى الولايات المتحدة
[illegible] سيون فى عدا (Gottlieb &Peters, 1991). ونشير هنا إلى
أن نقص البيانات الموثوق فيها يجعل من الصعب تقدير قيمة جماعات مساعدة
الذات الكثيرة، ولكن توحى المعلومات المتاحة بأن الأعضاء النشطين قد
يحصلون على مساعدة معتدلة فى حياتهم (Morganstern et al., 1997).
وينظر بعض المعالجين إلى هذه الجماعات كمتناغمة مع العلاجات التى يقدمونها

السيكودينامية والظاهراتية والسلوكية جميعها للاستخدام فى جماعات. وتنتظم كثير من الجماعات حول نمط واحد من المشاكل (مثل، إدمان الكحول) أو نمط واحد من العملاء (مثل، المراهقين).

وفى معظم الحالات يتقابل ستة إلى إثنى عشر عميلاً مع المعالج مرة على الأقل كل أسبوع لمدة عامين. ويجب أن يوافق جميع أعضاء المجموعة على سرية كل شىء يحدث خلال الجلسات الجماعية.

ويقدم العلاج الجمعى ملامحاً عديدة غير موجودة فى العلاج الفردى (Fuhriman & Burlingame, 1995, Yalom, 1995). وتتمثل تلك الملامح فى الآتى:

أولاً: يسمح العلاج الجمعى للمعالج بملاحظة العملاء وهم يتفاعلون مع بعضهم.

ثانياً: غالباً مايشعر العملاء بأنهم أقل وحدة وهم يستمعون إلى غيرهم، ويتبينوا أن أفراداً كثيرين يناضلون مع صعوبات بنفس شدة صعوباتهم على الأقل. ويميل هذا الإدراك إلى زيادة توقعات كل عميل فى التحسن، وهذا عامل هام فى كل أشكال العلاج .

ثالثاً: يمكن لأعضاء المجموعة أن يدعموا الثقة الذاتية والقبول الذاتى لبعضهم من خلال الثقة والتقدير المتبادل بينهم، وهذا فى حد ذاته ينمى تماسك المجموعة .

رابعاً: يتعلم العملاء من بعضهم البعض، ويشاركون فى الافكار الخاصة بحل المشاكل ويعطون بعضهم تغذية راجعة آمنة Honest Feedback عن كيفية تآزر الأعضاء .

خامساً: ربما عن طريق تقليد نماذج مشتركة، فإن خبرة المجموعة تجعل العملاء أكثر رضاً لمشاركة مشاعرهم وأكثر حساسية لاحتياجات الناس الآخرين ودوافعهم ورسائلهم.

سادساً: وفى النهاية، يسمح العلاج الجمعى للعملاء بأن يحاولوا تعلم مهارات جديدة فى بيئة مدعمة .

وتتمثل مميزات العلاج الجمعى فى مساعدة الذات، أو المساعدة المشتركة، والمؤسسات، وجماعات مساعدة الذات، مثل مدمنو الكحول مجهولوا الإسم (AA)، وتتكون من أشخاص يشتركون فى خبرة مشكلة معينة ويتقابلون لمساعدة أحدهم الآخر. وتوجد جماعات مساعدة الذات لسلسلة واسعة من المشاكل، تشمل إدمان الكحول والعقاقير، والإساءة الجنسية فى الطفولة، والسرطان، والإفراط فى الأكل، والمقامرة القهرية، والفصام. وقد نمت حركة مساعدة الذات واسعة الإنتشار خلال العقدين الآخرين فى القرن العشرين (Kurtz, 1997). وجزئياً لأن أفراداً كثيرين مضطربين يمكن أن يسعوا نوعاً ما للمساعدة من الأصدقاء، والمدرسين، أو مساعدين آخرين «غير رسميين» قبل التحول إلى ممارس الصحة النفسية، وذلك لأن بعض الناس لم يرضهم العلاج المهنى. وتعمل عشرات من مؤسسات مساعدة الذات من خلال مئات من آلاف المؤسسات المحلية، تلحق حوالى ١٠ أو ١٥ مليون مشارك فى الولايات المتحدة وحوالى ١/٢ مليون فى كندا (Gottlieb &Peters, 1991). ونشير هنا الى ان نقص البيانات الموثوق فيها يجعل من الصعب تقدير قيمة جماعات مساعدة الذات الكثيرة، ولكن توحى المعلومات المتاحة بأن الأعضاء النشطين قد يحصلون على مساعدة معتدلة فى حياتهم (Morganstern et al., 1997). وينظر بعض المعالجين إلى هذه الجماعات كمتناغمة مع العلاجات التى يقدموها

ويحثون العملاء على المشاركة فى جماعات مساعدة الذات كجزء من علاجهم (Zweben , 1996) .

وهذا أمر حقيقى بالنسبة للعملاء ذوى مشاكل مثل اضطرابات الأكل، وإدمان الكحول، واضطرابات سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً.

وكما يُلمح إليه إسمه **العلاج الأسرى** فهو علاج لفردين أو أكثر من نفس نظام الأسرة، أحدهما - فى الغالب مراهق أو طفل مضطرب - هو العميل المحدد مبدئياً. ويلقى الاصطلاح نظام الأسرة Family System الضوء على فكرة أن المشاكل المعروضة بواسطة أحد أعضاء الأسرة غالباً ماتعكس مشاكلاً فى الأداء الأسرى الكلى (Clarkin & Carpenter, 1995). ويمكن رؤية هذا الاعتماد المتبادل فى الأنظمة الأسرية. على سبيل المثال، عندما يكون لشفاء عضو من الأسرة من اضطراب نفسى تأثير متنوع على الصحة النفسية لعضو آخر فى الأسرة. ففى إحدى الحالات، قد جاء شفاء إمرأة من اكتئاب شديد بعد انتحار زوجها بفترة قصيرة. واستنتج معالج الأسرة أن الثبات النفسى لهذا الرجل - ودوره فى الأسرة - قد إعتمد على أن تكون له زوجة مريضة، وتذكر مثل هذه الحالات المعالجين بأن علاج فرد فى عزلة من النظام الأسرى يمكن أن يكون مدعاة لمشكلة، وأحياناً مصحوبة بكارثة (Nichols & Schwartz, 1991) .

وفى النهاية، تصبح الأسرة هى العميل، ويتضمن العلاج أعضاء كثيرين بقدر الامكان، وفى الحقيقة، ليس هدف العلاج الأسرى [illegible] عميل معين ولكن خلف تناغم وتوازن فى نطاق الأسرة بمساعدة كل عضو على أن يفهم نماذج تفاعل الأسرة والمشاكل التى تخلقها. وكما هو الحال فى العلاج الجمعى، فإن شكل العائلة يعطى المعالج رأياً ممتازاً عن كيف أن العميل المحدد بداية يتفاعل مع الآخرين، ومن ثم تقديم مساحة عامة لمناقشة قضايا هامة.

وقد تم تأسيس العلاج الأسرى ليلائم مجالات نظرية كثيرة. على سبيل المثال، يبين المعالجون الذين يؤكدون على نظرية العلاقات بالموضوع أنه إذا لم ينجح الوالدان فى حل الصراعات مع والديهم، فإن هذه الصراعات سوف تظهر على السطح مع أقرانهم وأطفالهم. وطبقاً لذلك، فإن جلسات العلاج الأسرى يجب أن تركز على مشاكل الوالدين مع والديهم، وكلما أمكن أن تشتمل أعضاء الجيل الأكبر، كلما كان ذلك أفضل (Nugent,1994). ويوجد مجال آخر يُسمى العلاج الأسرى البنائى Structural family therapy ، الذى يركز على نماذج التواصل الأسرى (Minuchin & Fishman, 1981) . وهو يركز على تغيير النماذج والطقوس الجامدة التى تخلق تحالفات (مثل، تحالف الأم والطفل ضد الأب)، والتى تعجل الصراع وتمنع تواصل الحب والمساندة، وحتى الغضب، ويقترح معالجو الأسرة البنائيون أنه عندما تستأصل نماذج التواصل المختلة فإن السلوكيات المشكلة تنتقص لأنها لم تعد ضرورية للبقاء فى النظام الأسرى.

ويستخدم المعالجون السلوكيون جلسات العلاج الأسرى كمقابلات عندما يمكن أن يتناقش أعضاء الأسرة ويوافقون على إتفاقيات سلوكية Behavioral Contracts . وإذا قامت على مبادئ الاشتراط الإجرائى فإن هذه الاتفاقيات تُؤسس القواعد وإحتمالات التدعيم التى تساعد الوالدين على تشجيع سلوكيات أطفالهم المرغوب فيها [illegible] وتساعد الأقران على أن يصبحوا أكثر تدعيماً كلاً منهما للآخر (O'farrell, 1995) .

كما يقدم المعالجون ذوو الآراء النظرية الكثيرة **علاجاً للأزواج** Couples therapy ، يكون التواصل بين الشركاء هو المحور الأعظم أهمية

للعلاج. وغالباً ماتدور الجلسات حول التعلم الخاص بالإلتزام بقواعد المحادثة Rules for talking . كما قد إبتكر المعالجون السلوكيون برنامجاً، يُسمى التدخل السلوكى قبل الزواج Behavioral Premarital intervention، وذلك البرنامج مصمم لمساعدة الشخصين المخطوبين على منع المشاكل الزواجية قبل أن يبدأ الزواج ويعدونهما للتعامل بفاعلية مع المشاكل التى قد تنشأ (Sullivan & Bradbury, 1996) .

طبيعة الخدمات النفسية العلاجية

لايُوصف العلاج النفسى بسهولة لأنه يتغير بشدة إعتماداً على المعالج والمشاكل الخاصة التى يقدمها العميل. وتوجد غالباً مجموعة متنوعة من المجالات التى يمكن أن يُستفاد منها للتعامل مع المشكلة (المشاكل) التى أحضرتك للعلاج. وبصفة عامة تختلف هذه الخدمات عن أى خدمات تتلقاها من طبيب من حيث أنها تتطلب منك مشاركة وتعاون نشيطين .

والعلاج النفسى له كل من الفوائد والمخاطر. وقد تشمل المخاطر الممكنة خبرة المشاعر غير المريحة (مثل الحزن، الذنب، القلق، الغضب، الإحباط، العزلة، أو اليأس) أو التذكر الخاص لأحداث غير سارة فى حياتك. وتشمل الفوائد الممكنة تخفيض دال فى مشاعر الأسى، والعلاقات الطيبة، وحل أفضل [illegible] المواجهة، وحل مشاكل معينة. وإذا ماأخذنا فى [illegible] طبيعة العلاج النفسى، فإنه من الصعب التنبؤ بما سوف يحدث بدقة، ولكن معالجك سوف يبذل أقصى جهده للتأكد من أنك ستكون قادراً على تناول المخاطر وبعض الفوائد على الأقل. ومع ذلك، يبقى العلاج النفسى علماً غير صارم ولايستطيع أن يقدم ضمانات بخصوص النتائج .

الإجراءات :

عادة يبدأ العلاج النفسى بتقويم، فالممارسة الحقيقية فى مركز الخدمات النفسية (P S C) هى القيام بتقويم يستمر من ٢-٤ جلسات ويبدأ هذا التقويم بموعد غربلة ويُتبع بمقابلة لأخذ المعلومات (قد تستمر من ١-٣ جلسات). وخلال التقويم، يجب أخذ قرارات عديدة: على المعالج أن يقرر إذا كان لدى مركز الخدمات النفسية الخدمات التى يحتاج إليها لعلاج مشكلتك (مشاكلك) المقدمة، وأنت باعتبارك العميل فعليك أن تقرر إذا كنت مستريحاً مع المعالج الذى قد كان مخصصاً لك، وعلى كل منكما - أنت والمعالج المخصص- أن تقررا أهدافكما بالنسبة للعلاج وكيف تحققانها على أفضل وجه

وبكلمات أخرى، فبنهاية التقويم، سوف يقدم لك معالجك انطباعات أولية عن ماسوف يتضمنه العلاج، إذا ماقررت الاستمرار. وبصفة عامة، يتضمن العلاج إلتزاماً كبيراً بالوقت والمال والطاقة، ولذلك فإنه حقك أن تكون دقيقاً بالنسبة للمعالج الذى تنتقيه. وإذا كانت لديك أسئلة عن أى من إجراءات مركز الخدمة النفسية أو المعالج الذى خُصص لك، فأشعر بالحرية لمناقشة تلك الأسئلة بصراحة مع المعالج. وإذا كانت لديك شكوك عن مركز الخدمة النفسية أو معالجك المخصص، فسوف نكون سعداء فى مساعدتك على تحديد [illegible] مع مهنى آخر للصحة [illegible]

وإذا ماقررت أن تسعى إلى خدمات فى مركز الخدمة النفسية، فإن معالجك سوف يجدول عادة جلسة من ٥٠ دقيقة كل أسبوع فى زمن يُتفق عليه بشكل مشترك (وفى ظروف خاصة قد تكون الجلسات أطول أو أكثر تكراراً). وسوف يُحجز هذا الموعد لك على أساس منتظم ويعتبر موعداً مباشراً (أى، إذا

لم تحضره أسبوعاً ما، فإنه لايزال مخصصاً لك فى نفس الوقت فى الأسبوع التالى)، ومن الصعب التنبؤ بفترة العلاج النفسى (أسابيع أو شهور)، ولكن هذا الأمر، سوف يناقشه معالجك معك حينما تشارك فى خطة العلاج المبدئية بعد إكمال التقويم .

موضوعات متعلقة باتعاب العلاج :

يعتمد تحديد تكلفة العلاج على دخل العميل ومتطلبات المعالج. وبالإضافة إلى الدفع من أجل المواعيد الأسبوعية، فإن العميل يتحمل مصاريفاً خاصة لخدمات مهنية أخرى قد تحدث (مثل محادثات تليفونية تستمر أطول من عشر دقائق، مقابلات أو استشارات قام العميل بطلبها مع مهنيين آخرين.. إلخ). وفى ظروف غير عادية، قد تصبح منغمساً فى دعوى قضائية حيثما تطلب مشاركة معالجك (أو مشرفة). ومن المتوقع منك أن تدفع مقابل هذا الوقت المهنى المطلوب حتى إذا كان معالجك مُجبر على الشهادة بواسطة طرف ثالث. كما نتوقع منك أن تدفع مقابل كل جلسة فى وقت إنعقادها، مالم توافق أنت ومعالجك على غير ذلك. وسوف تتم الموافقة على قوائم الدفع للخدمات المهنية الأخرى فى وقت طلب هذه الخدمات. وفى ظروف الصعوبة المالية غير العادية، قد تتفاوض على خطة توفيق الأتعاب أو الدفع بالتقسيط مع المعالج المخصص لك. وبمجرد جدولة ساعة موعدك المحددة، سيتوقع منك ان تدفع مقابلها (حتى) إذا أخطأتها أو لم تحضرها مالم تقدم إشعار إلغاء قبل حلولها بأربعة وعشرين ساعة .

ولمساعدة معالجة على تحديد أهداف وأولويات علاجية واقعية، فإنه من المهم تقويم الموارد المتاحة للدفع مقابل علاجك. وإذا كان لديك بوليصة تأمين،

فإنها سوف تقدم عادة بعض الغطاء للعلاج الصحى النفسى عند تقديم مثل هذا العلاج بواسطة مهنى مرخص .

العوامل الثقافية فى العلاج النفسى

تخيل أنه بعد الإنتقال إلى دولة غير مألوفة لمتابعة تعليمك أو مهنتك، تصبح مكتئباً بشدة. ويوجد صديق لك هناك يحيلك إلى معالج متخصص فى مثل هذه المشاكل. وخلال جلستك الأولى يحملق المعالج فيك بشكل مقصود. يلمس رأسك لمدة لحظات، ويقول «لقد دخلت فيك روح شريرة من النهر وتحاول أن تخرج. إننى سوف أقدم مساعدة». ويبدأ فى الغناء بهدوء ويبدو أنه يدخل فى غشية. فماذا يمكن أن تظن أو تعتقد؟ إذا كنت مثل معظم الناس الذين نشأوا فى ثقافة غربية فمن المحتمل أنك لن تستمر فى العلاج، لأن هذا المعالج يحتمل أنه لايشاركك اعتقاداتك وتوقعاتك عن ماهو خاطئ بك وعن مايجب أن يفعل بالنسبة إليه» .

كما يمكن أن تحدث تصادمات ثقافية اجتماعية مماثلة فى نطاق دولة واحدة إذا ماأحضر عملاء إلى العلاج خلفية ثقافية أو ثقافية فرعية أو رأى عالمى لايشترك فيه المعالج. على سبيل المثال، إذا مازعم معالج أن ألماً فى المعدة [illegible] مفسر يعانى منه العميل هو رد فعل متعلق بضغط، ولكن العميل متأكداً أنه يأتى كعقاب لأنه أهان أحد أقربائه الذى توفى منذ فترة زمنية بعيدة، فإن المعالج لن يقبل بسهولة العلاج القائم على مبادئ إدارة الضغوط. ففى الولايات المتحدة الأمريكية توجد تصادمات ثقافية جديرة باللوم بسبب قلة الاستخدام أو الانسحاب من خدمات الصحة النفسية بواسطة مهاجرين جدد، وكذلك بواسطة أ[illegible]

أصل أسبانى أو أعضاء من مجتمعات أخرى أقليـة. وغالباً ماتكمن المشكلة فى أهداف تتزواج بشكل غير ملائم. فالمعالج الذى يعتقد أن فرداً ما يجب أن يواجه ويتغلب على مشاكل الحياة، قد يواجه أيضاً عميلاً يعتقد أن عليه أن يعمل بهدوء عند قبول مثل هذه المشاكل وقد تكون النتيجة إلى حد كبير مثل شخصين يغنيان لحن ثنائى، فيستخدمان نفس الموسيقى ولكن كلمات الأغنية مختلفة .

وننوه هنا إلى أن المجهودات العظمى تحت التنفيذ لضمان أن الفروق الثقافية بين العملاء والمعالجين لاتعوق تقديم العلاج لأى فرد يريده أو يحتاجه. وفى الحقيقة، يسعى كل برنامج تدريب للصحة النفسية فى أمريكا الشمالية إلى تجنيد مزيد من الطلاب من جماعات أقلية تحت الكفاية لكى يجعل من الأسهل مضاهاة العملاء بالمعالجين من خلفيات ثقافية مماثلة.

ولازال فى معظم الحالات، يواجه عملاء جماعات الأقلية معالجاً من خلفية ثقافية مختلفة، ولذلك فإن الباحثين يفحصون - أيضاً - قيمة مضاهاة التقنيات العلاجية بتوقعات وتفضيلات مؤسسة ثقافياً للعملاء. على سبيل المثال، قد يتوقع كثير من العملاء من ثقافات جماعات - يكون التأكيد فيها على رغبات شخصية مخضعة لتوقعات الأسرة والأصدقاء - تلقى تعليمات معينة من معالج عن كيفية التغلب على المشاكل . فكيف يمكن لمثل هؤلاء العملاء أن يستحسنوا لمعالج يؤكد علاجه المتمركز حول العميل على [illegible] هذه الأهداف الفردية باعتبارها مستقلة ويتحمل المسئولية لإدارة التغير؟.. وقد فُحص الفرض بأن القيم الجمعية لثقافات أسيوية يمكن أن تقود الأسيويين والأمريكيين من أصل أسيوى إلى تفضيل مجال حل المشكلات التوجيهى بدلاً من الطرق المتمركزة حول العميل بشكل غير مباشر. ووجدوا أن تفضيل العلاج

التوجيهى كان أعلى لدى الأسيويين ذوى المولد الأجنبى مقارنة بالأسيو
ذوى المولد الأمريكى أو الأمريكيين من أصل أوربى. ومع ذلك، توجد دا
فروق فردية، فقد يتفاعل عميلان من نفس الثقافة بشكل مختلف تماماً لع
- يُقترح بحث جمعى - أنه قد يكون مثالياً لكل منهما .

واليوم، أصبح المعالجون النفسيون أكثر حساسية عما كانوا من ق
للقيم الثقافية الخاصة بجماعات معينة وللفارق الدقيق الخاص بالتوا
الثقافى المتبادل Intercultural Communication .

وفى الحقيقة إن بعض ولايات أمريكا أو الدول الأخرى تتطلب - الآن
أخصائيين نفسيين يكملون المناهج الخاصة بدور العوامل الثقافية فى العا
قبل منحهم رخصة العلاج. وتساعد هذه المناهج أو التدريبات الإكلينيكي
على تقدير المواقف لدى العميل (على سبيل المثال، يعتبر من غير الأدب
الأخلاق فى بعض الثقافات أن تقوم باتصال بصرى مع شخص غريب، ومن
فإن العملاء من هذه الثقافات ليسوا مكتئبين بالضرورى، أو ينقصهم تقد
الذات، أو غير مراعين لإحترام الآخرين لمجرد أنهم ينظرون بأعينهم فى الأر
خلال المقابلة) .

ويحصل الطلاب قبل التخرج على تدريب مماثل وخبرة عملية كجزء
عملهم التخصصى فى علم النفس الإكلينيكى أو الإرشادى. ويقترح البح
مع هؤلاء الطلاب أن التدريب يزيد حساسيتهم للعوامل الثقافية فى العلا
ولكنه لايزيد بالضرورى إتقانهم للعمل الواقع مع أعضاء أقليات عرقية. و
ذلك، فإن التدريب على الحساسية الثقافية يساعد المعالجين على تقدير رأ
العميل الخاص بالعالم وبذلك تتحدد الأهداف التى تكون فى تناغم مع ذ
الرأى (Sue, 1998) . ويعتبر تقليل الفرص إلى أدنى حد - الخاصة بس

أصل أسبانى أو أعضاء من مجتمعات أخرى أقلية. وغالباً ماتكمن المشكلة فى أهداف تتزواج بشكل غير ملائم. فالمعالج الذى يعتقد أن فرداً ما يجب أن يواجه ويتغلب على مشاكل الحياة، قد يواجه أيضاً عميلاً يعتقد أن عليه أن يعمل بهدوء عند قبول مثل هذه المشاكل وقد تكون النتيجة إلى حد كبير مثل شخصين يغنيان لحن ثنائى، فيستخدمان نفس الموسيقى ولكن كلمات الأغنية مختلفة .

وننوه هنا إلى أن المجهودات العظمى تحت التنفيذ لضمان أن الفروق الثقافية بين العملاء والمعالجين لاتعوق تقديم العلاج لأى فرد يريده أو يحتاجه. وفى الحقيقة، يسعى كل برنامج تدريب للصحة النفسية فى أمريكا الشمالية إلى تجنيد مزيد من الطلاب من جماعات أقلية تحت الكفاية لكى يجعل من الأسهل مضاهاة العملاء بالمعالجين من خلفيات ثقافية مماثلة.

ولازال فى معظم الحالات، يواجه عملاء جماعات الأقلية معالجاً من خلفية ثقافية مختلفة، ولذلك فإن الباحثين يفحصون - أيضاً - قيمة مضاهاة التقنيات العلاجية بتوقعات وتفضيلات مؤسسة ثقافياً للعملاء. على سبيل المثال، قد يتوقع كثير من العملاء من ثقافات جماعات - يكون التأكيد فيها على رغبات شخصية مخضعة لتوقعات الأسرة والأصدقاء- تلقى تعليمات معينة من معالج عن كيفية التغلب على المشاكل . فكيف يمكن لمثل هؤلاء العملاء أن يستجيبوا لمعالج يؤكد علاجه المتمركز حول العميل على مثل هذه الأهداف الفردية باعتبارها مستقلة ويتحمل المسئولية لإدارة التغير ؟ . وقد فُحص الفرض بأن القيم الجمعية لثقافات أسيوية يمكن أن تقود الأسيويين والأمريكيين من أصل أسيوى إلى تفضيل مجال حل المشكلات التوجيهى بدلاً من الطرق المتمركزة حول العميل بشكل غير مباشر. ووجدوا أن تفضيل العلاج

التوجيهى كان أعلى لدى الأسيويين ذوى المولد الأجنبى مقارنة بالأسيويين ذوى المولد الأمريكى أو الأمريكيين من أصل أوربى. ومع ذلك، توجد دائماً فروق فردية، فقد يتفاعل عميلان من نفس الثقافة بشكل مختلف تماماً لعلاج - يُقترح بحث جمعى - أنه قد يكون مثالياً لكل منهما .

واليوم، أصبح المعالجون النفسيون أكثر حساسية عما كانوا من قبل للقيم الثقافية الخاصة بجماعات معينة وللفارق الدقيق الخاص بالتواصل الثقافى المتبادل Intercultural Communication .

وفى الحقيقة إن بعض ولايات أمريكا أو الدول الأخرى تتطلب - الآن - أخصائيين نفسيين يكملون المناهج الخاصة بدور العوامل الثقافية فى العلاج قبل منحهم رخصة العلاج. وتساعد هذه المناهج أو التدريبات الإكلينيكيين على تقدير المواقف لدى العميل (على سبيل المثال، يعتبر من غير الأدب أو الأخلاق فى بعض الثقافات أن تقوم باتصال بصرى مع شخص غريب، ومن ثم، فإن العملاء من هذه الثقافات ليسوا مكتئبين بالضرورى، أو ينقصهم تقدير الذات، أو غير مراعين لإحترام الآخرين لمجرد أنهم ينظرون بأعينهم فى الأرض خلال المقابلة) .

ويحصل الطلاب قبل التخرج على تدريب مماثل وخبرة عملية كجزء من عملهم التخصصى فى علم النفس الإكلينيكى أو الإرشادى. ويقترح البحث مع هؤلاء الطلاب أن التدريب يزيد حساسيتهم للعوامل الثقافية فى العلاج [illegible] أقليات عرقية. ومع ذلك، فإن التدريب على الحساسية الثقافية يساعد المعالجين على تقدير رأى العميل الخاص بالعالم وبذلك تتحدد الأهداف التى تكون فى تناغم مع ذلك الرأى (Sue, 1998) . ويعتبر تقليل الفرص إلى أدنى حد- الخاصة بسوء

الفهم الثقافى وسوء التواصل - هو أحد الالتزامات الكثيرة التى يزعمها المعالجون كلما عملوا مع عميل .

القواعد والحقوق فى العلاقة العلاجية:

يمكن أن يكون العلاج خبرة إنفعالية مكثفة، ويمكن أن تؤثر العلاقة المؤسسة مع المعالج بعمق فى حياة العميل. وتتطلب الأخلاقيات المهنية والإحساس العام من المعالج أن يتأكد أن هذه العلاقة لاتؤذى العميل. على سبيل المثال، تمنع المبادئ الأخلاقية للأخصائيين النفسين وقواعد السلوك الصادرة من الجمعية النفسية الأمريكية العلاقة الجنسية بين المعالج والعميل بسبب الأذى الشديد الذى تسببه تلك العلاقة للعميل. وللمساعدة على مقاومة إنتهاكات هذا القانون، فإن جميع برامج الإقامة الداخلية لعلم النفس المهنى Professional Psychology المعتمدة تتطلب من طلابها أن يتلقوا تدريباً فى هذا الموضوع الأخلاقى الحيوى. (لمزيد من التفصيل انظر الباب الثانى) .

كما تتطلب المعايير الأخلاقية، مع استثناءات قليلة، أن يبقوا بصرامة كل شىء يقوله العميل فى العلاج سرياً. والسرية هى إحدى أهم الملامح الخاصة بالعلاقة العلاجية الناجحة لأنها تسمح للعميل بمناقشة مشاعر غير سارة أو سلوكيات وأحداث مربكة بدون الخوف من أن المعالج قد يكشف هذه المعلومات لآخرين أو لأعضاء أسرة العميل بدون وجود إذن أو ترخيص من العميل.

ومنذ وجود البريد الإلكترونى، اقترحت معايير أخلاقية جديدة لحماية السرية وعدم ذكر أسماء العملاء الذين يرغبون فى خدمات نفسية عن طريق الإنترنت. (لمزيد من التفصيل انظر الباب الثانى) .

وسوف تتطلب هذه المعايير من المعالجين أن يخبروا العملاء بوضوح أن [illegible] الإلكترونية، إلى

[illegible] أنه لاتوجد علاقة رسمية بين العميل والمعالج فى تبادل الرسائل الإلكترونية، وأنهم يجب أن يسعوا إلى علاج تقليدى .

وفى الولايات المتحدة، تسرى القواعد المهنية الخاصة بالسرية بقوانين تبين أن المعلومات التى تُكشف فى العلاج - مثل المعلومات المقدمة إلى قسيس أو محامى أو طبيب - تكون تواصلاً ممتعاً للغاية. وأن المعالج عليه أن يحتفظ بسريتها كما يشاء حتى أمام القضاء، حيث أنه قد يرفض حتى فى المحكمة، الإجابة على أية تساؤلات خاصة بعميل ما أو أن يقدم ملاحظات شخصية أو تسجيلات فى شرائط من جلسات العلاج. وقد يتطلب القانون من المعالج أن ينتهك خصوصية العميل فقط تحت ظروف خاصة، تشمل (١) أن العميل مضطرب بشدة أو إنتحارى لدرجة الحاجة إلى وضعه بمستشفى، (٢)استخدام الحالة النفسية للعميل وتاريخه فى العلاج كجزء من استراتيجية الدفاع فى المحكمة المدنية أو الجنائية، (٣)إذا كشف العميل عن معلومات حول التعسف الجنسى أو البدنى لدى طفل أو راشد عاجز، (٤) اعتقاد المعالج أن العميل قد يرتكب عملاً عنيفاً ضد شخص معين، ولابد من تقديم الدليل الواضح والمقنع لذلك .

إضافة إلى ماسبق، فإن للعملاء الحق فى تلقى العلاج وهم بالمستشفى، كما أن لهم الحق فى رفض أشكال معينة من العلاج وأن يكونوا عرضة لقيد ضئيل من الحرية بقدر الإمكان. وهذه القواعد المصممة لحماية المرضى العقليين بالمستشفيات من التعسف والإهمال والقهر والابتزاز يمكن أن تخلق كذلك بعض الصعوبات. على سبيل المثال، قد يخاف أعضاء الهيئة المعالجة من أنهم قد يتم محاكمتهم إذا ماأبقوا المرضى محجوزين بلا ضرورة أو إذا أطلقوا صراح مريض يؤذى حينئذ شخصاً ما. ولذلك فإنه من المهم إيجاد طريقة لتوازن الحقوق القانونية للمريض مقابل تلك الخاصة بالجمهور .

مراجع الفصل الأول:

1- Bongar, B., & Beutler, L. (Eds.). (1995). Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and Practice. New York: Oxford University Press.

2- Clarkin, J., & Carpenter, D. (1995). Family therapy in historical perspective. In B. Bongar & L. Beutler (Eds.), Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice (PP. 205-227). New York: Oxford University Press.

3- Ellis, A. (1997). Better, deeper and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach. New York: Brunner/ Mazel.

4- Fuhriman, A., & Burlingame, G. (1995). The handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis. New York: Wiley-Interscience.

5- [illegible] & [illegible] national demographic portrait of mutual aid group participants in Canda. American Journal of Community Psychology, 19, 651- 666.

6- Kurtz, L. (1997). Self- help and support groups: A handbook for practitioners. Thousand Oaks, CA: Sage.

7- Lickey, M., & Gordon, B. (1991). Medicine and mental illeness: The use of drugs in psychiatry. San Francisco: W.H. Freeman.

8- Minuchin, S., & Fishman, H. (1981). Family therapy techniques. Cambridge, MA: Harvard University Press.

9- Morganstern, J., Labouvie, E., McCrady, B., Kahler, C., & Frey, R. (1997). Affiliation with Alcohollics Anonymous after treatment: A study of its therapeutic effects and mechanism of action. Jounral of Consulting and Cinical Psychology, 65, 768-777.

10- Nichols, M., & Schwartz, R. (1991). Family therapy: Concepts and methods (2nd Eds.). Boston: Allyn & Bacon.

11- Nugent, F. (1994). An introduction to the profession of counseling. Columbus, OH: Merrill.

12- [illegible] & W. Miller (Eds.), Handbook of alcoh[illegible]ism treatment approaches (2nd Ed., PP. [illegible]95-[illegible]20). Boston: Allyn & Bacon.

13- Sullivan, K., & Bradbury, T. (1996). Preventing marital dysfunction: The primary of secondary strategies. The Behavior Therapist, 19, 33-36.

14- Yalom, I. (1995). The theory and practice of group therapy (4th Ed.) New York: Basic Books.

15- Zweben, J. (1996). Integrating psychotherapy and 12-step approaches. In A. Washton (Ed.), Psychotherapy and substance abuse: A practitioner's handbook. New York: Guilford.

الفصل الثانى

أساليب العلاج النفسى

فى هذا الفصل سوف نلقى بعض الضوء على أساليب وطرق العلاج النفسى الأساسية متمثلة فى أربعة محاور، وهى :

أولاً: العلاجات التحليلية النفسية.

ثانياً: العلاجات الإنسانية .

ثالثاً: العلاجات السلوكية .

رابعاً: العلاجات المعرفية .

وفيما يلى سوف نتناول كل من هذه المحاور الأربعة كل على حده على النحو التالى :

أولاً: العلاجات التحليلية النفسية

Psychoanalytic Therapies

بدأ مجال العلاج النفسى الرسمى Fromal Psychotherapy فى أواخر القرن التاسع عشر حينما أسس سيجموند فرويد S.Freud المجال السيكودينامى للشخصية والاضطرابات العقلية. ويعتبر الشى المركزى لمجاله وتصوراته الحديثة هو الإفتراض بأن الشخصية والسلوك يعكسان مجهودات الأنا Ego لحل الصراعات، وعادة الصراعات اللاشعورية بصفة خاصة بين عناصر مختلفة من الشخصية

وتهدف طريقة فرويد فى العلاج بالتحليل النفسى إلى فهم هذه الصراعات اللاشعورية وكيف تؤثر على العميل، وطريقته واحد - إلى واحد His one - to - one method الخاصة بدراسة وعلاج الناس، وبحثه المنهجى

13- Sullivan, K., & Bradbury, T. (1996). Preventing marital dysfunction: The primary of secondary strategies. The Behavior Therapist, 19, 33-36.

14- Yalom, I. (1995). The theory and practice of group therapy (4th Ed.) New York: Basic Books.

15- Zweben, J. (1996). Integrating psychotherapy and 12-step approaches. In A. Washton (Ed.), Psychotherapy and substance abuse: A practitioner's handbook. New York: Guilford.

الفصل الثانى
أساليب العلاج النفسى

فى هذا الفصل سوف نلقى بعض الضوء على أساليب وطرق العلاج النفسى الأساسية متمثلة فى أربعة محاور، وهى :

أولاً: العلاجات التحليلية النفسية.

ثانياً: العلاجات الإنسانية .

ثالثاً: العلاجات السلوكية .

رابعاً: العلاجات المعرفية .

وفيما يلى سوف نتناول كل من هذه المحاور الأربعة كل على حده على النحو التالى :

أولاً: العلاجات التحليلية النفسية
Psychoanalytic Therapies

بدأ مجال العلاج النفسى الرسمى Fromal Psychotherapy فى أواخر القرن التاسع عشر حينما أسس سيجموند فرويد S.Freud المجال السيكودينامى للشخصية والاضطرابات العقلية. ويعتبر الشى المركزى لمجاله وتصوراته الحديثة هو الإفتراض بأن الشخصية والسلوك يعكسان مجهودات الأنا Ego لحل الصراعات، وعادة الصراعات اللاشعورية بصفة خاصة بين عناصر مختلفة من الشخصية

وتهدف طريقة فرويد فى العلاج بالتحليل النفسى إلى فهم هذه الصراعات اللاشعورية وكيف تؤثر على العميل، وطريقته واحد - إلى واحد His one - to - one method الخاصة بدراسة وعلاج الناس، وبحثه المنهجى

للعلاقات بين تاريخ حياة فرد ومشاكله، وتأكيده على الأفكار والانفعالات فى العلاج، وتركيزه على العلاقات بين العميل والمعالج تنعكس تقريباً فى جميع أشكال العلاج النفسى. وفى هذا الصدد، سوف نصف أولاً طريقة فرويد الأصلية، وبعد ذلك نأخذ فى الإعتبار بعض العلاجات المتطورة الأكثر حداثة والتى تتعمق جذورها فى مجاله السيكودينامى.

١ - العلاج بالتحليل النفسى الكلاسيكى

طبقاً لفرويد، تدور المشكلة المركزية فى العصاب حول ظاهرة الكبت Repression. ويتضمن الكبت إجبار أفكار وذكريات مؤلمة، مهددة، أو غير مقبولة على الخروج من الشعور ونقلها إلى العقل اللاشعورى. وتمنع حينئذ قوى الكبت هذه الأفكار والذكريات من الظهور مرة ثانية فى حيز الشعور. وعلى نحو غير متغير تقريباً، تهتم الأفكار المكبوتة بالدفعات والذكريات التى لايمكن للمريض أن يتأملها بدون الشعور بقلق شديد. وبكلمات أخرى، يخدم الكبت وظيفة تخفيض مستوى القلق الذى يخبره المريض.

وغالباً تشير الذكريات المكبوتة إلى الطفولة، وإلى الصراعات بين الدوافع الغريزية (على سبيل المثال، الجنسية) للطفل والقيود على سلوكه المفروضة بواسطة والديه. وطبقاً لفرويد، يمر الأطفال خلال سلسلة من المراحل الخاصة بالنمو النفسجنسى Psychosexual development . وبداية يشتق [illegible] التدريب على إستعمال المرحاض توجد نقلة إلى الشرج (المرحلة الشرجية). وبعد ذلك توجد المرحلة القضيبية، يحصل الطفل فيها على السرور من خلال إثارة الأعضاء التناسلية. وفى النهاية، توجد المرحلة التناسلية، التى يحصل الفرد فيها على السرور من خلال تقديم الإشباع الجسمى إلى شخص آخر وكذلك إلى نفسه. ويمكن أن تعنى الصراعات فى أى من هذه المراحل أن الطفل يقضى وقتاً طويلاً على نحو غير عادى فى تل المرحلة قبل التقدم إلى المرحلة التالية (هذه العملية تُعرف بالتثبيت). وبالتالى إذا أخبر راشد مشاكلاً شخصية كبيرة، فإنه يميل إلى أن يُظهر نكوصاً (أى، العودة إلى الوراء خلال مراحل النمو النفسجنسى) إلى المرحلة التى قد كان مثبتاً عليها سابقاً .

وجادل فرويد بأن الطريق لشفاء العصاب كانت هى السماح للمريض بالحصول على مدخل لأفكاره وصراعاته المكبوتة من المرحلة المثبت عليها، وتشجيعه على مواجهة مايبزغ من اللاشعور مهماً كان. وقد كان فرويد مصراً على أن المريض يجب أن يركز على المشاعر المرتبطة بالأفكار المكبوتة، ويجب أن لاينظر إليها ببساطة بشكل عقلى. وإستخدم فرويد الاصطلاح **استبصار** Insight للإشارة إلى هذه العمليات، وهكذا فإن الهدف الأقصى للتحليل النفسى هو تزويد المريض بالاستبصار، وتوجد، مع ذلك، عقبات كبيرة فى الطريق، لأن البزوغ لأفكار وذكريات مؤلمة إلى الشعور يُنتج مستوى مرتفعاً جداً من القلق. ونتيجة لذلك، فإن المحاولة لكشف الأفكار المكبوتة يواجه بصفة عامة مقاومة كثيرة من المريض. وبكلمات فرويد (Freud, 1917: 289):

«يحاول المريض أن يهرب بكل وسيلة ممكنة: أولاً يقول لاشىء يأتى فى رأسه، وبعد ذلك حيث يأتى الكثير إلى رأسه لدرجة أنه لايستطيع أن [illegible] يشعر بالخزى لـ.. وهكذا يستمر، بتغيرات لايفصح عنها، يجاب عليها بالاستمرار بأن الإفصاح عن أى شىء حقيقة يعنى الإفصاح عن كل شىء».

فنيات العلاج بالتحليل النفسى الكلاسيكى

التنويم: Hypnosis

من الناحية التاريخية، أتى التنويم أولاً. فقد عالج فرويد وبروير فتاة تبلغ من العمر ٢١ سنة تسمى أنا أو Anna O، كانت تعانى من أعراض عصابية عديدة مثل السل والسعال العصبى. وكشف التنويم ذاكرة مكبوتة تسمع صوت موسيقى رافضة تأتى من منزل قريب بينما كانت تمرض والدها المتوفى، وشعورها بالذنب من أنها كانت ترقص أكثر من رعاية والدها. وإختفى سعالها العصبى بعد أن ظهرت من جديد تلك الذاكرة المكبوتة .

واليوم لازال التنويم يُستخدم بواسطة قوات الشرطة فى محاولة لكشف معلومات إضافية من شهود العيان للحوادث أو الجرائم. ومع ذلك، أصبح فرويد نفسه متحرراً من التنويم. وأحد العيوب هو أنه من الصعب أو من المستحيل تنويم كثير من المرضى. ومشكلة أخرى هى أن الناس تحت تأثير التنويم يصبحون قابلين جداً للإيحاء. على سبيل المثال، سوف يتذكر الأشخاص المنومون بثقة أحداثاً تكمن فى المستقبل. وما يبدو أنه يحدث تحت التنويم هو أن الناس يصبحون أقل حذراً فيما يدعوا أنهم يتذكرونه. ونتيجة لذلك، فإن بعض الذكريات المنسية سابقاً تأتى إلى الضوء وكذلك أخرى مصطنعة. وهكذا، فإن إعتماداً قليلاً يمكن أن يوضع على دقة «ماتم تذكره» بواسطة الفرد الذى [illegible]

التداعى الحر: Free association

تعتبر قيمة التداعى الحر مباشرة جداً. وفيها يُطلب من المريض ببساطة أن يقول أول شىء يحضر إلى ذهنه. والأمل هو أن شظايا الذكريات المكبوتة

سوف تبزغ أثناء التداعى الحر. ومع ذلك، كما قدر رأينا من قبل، قد يبرهن التداعى الحر على أنه مثمر إذا أظهر المريض مقاومة، ويمانع فى أن يقول مايفكر فيه. ومن ناحية أخرى، فإن وجود المقاومة (على سبيل المثال، توقف طويل بشكل متزايد) غالباً مايقدم إشارة قوية إلى أن المريض يقترب من فكرة ماهامة مكبوتة فى تفكيره، وأن هناك حاجة إلى سبر أغوار النفس لاحق بواسطة المعالج .

تحليل الأحلام: Dream analysis

الفنية الثالثة المستخدمة بواسطة المحللين النفسيين هى تلك الخاصة بتحليل الأحلام. وطبقاً لفرويد، فإن تحليل الأحلام يقدم «الطريق السلطانى إلى اللاشعور». وجادل فرويد أنه يوجد رقيب داخل العقل يحافظ على المادة المكبوتة خارج الوعى الشعورى، ولكن هذا الرقيب غالباً مايكون أقل حذراً خلال النوم. ونتيجة لذلك، فإن الأفكار المكبوتة فى اللاشعور تكون أكثر إحتمالاً لأن تظهر فى الأحلام من تفكير اليقظة. ورغم ذلك، فإن هذه الأفكار تبزغ فى صورة متنكرة بسبب طبيعتها غير المقبولة. على سبيل المثال، تحول الأفكار عن طريق عملية التكثيف - أى مزج أفكار مختلفة فى عدد صغير - أو عن طريق عملية الإزاحة (نقل الانفعال أو معنى معين من الموضوع الأصلى إلى موضوع آخر). وتتضمن الأمثلة المعروفة على أفضل وجه للإزاحة الرمزية الجنسية، مثل أن يحلم شخص ما عن ركوب حصان أكثر من الانغماس فى نشاط جنسى .

وقد رأينا أن فرويد ميز بين الحلم الواقعى (الذى أسماه الحلم الظاهر) والأفكار المكبوتة الأساسية (التى أسماها الحلم الكامن). ويتحول المحتوى غير المقبول للحلم الكامن إلى المحتوى الأكثر قبولاً والخاص بالحلم الظاهر.

ولكن لماذا يحلم الناس؟ فطبقاً لفرويد، فإن الغرض الأساسى للأحلام هو تحقيق الرغبة - أى، نحن نحلم عن أشيـاء نريد أن نراها تحدث. وهكذا، فـإن تحليل الحلم يمكن أن يبـرهن على أنه نافع فى إدراك الدوافع الأسـاسـيـة للمريض العصابى .

وتعتبر الرمزية فى الحلم ذات أهمية كبرى. فمن المحتمل أن الاهتمامات الرئيسية للحالم يتم التعبير عنها فى الغالب بشكل رمزى أكثر منه بشكل مباشر. ولقد وجد، على سبيل المثال، أن المرضى الذين يتوقع أن تكون لديهم جـراحـة عظمى يحلمـون بشكل نمطى بالوقـوف على كـوبرى غـيـر ثابت أو بالسـقـوط من سلم طويل أكـثـر من إجـراء جراحة (Breger et al., 1871) . وتسـتـخدم فكرة رموز الأحـلام كـوسيلة لإخفـاء أفكار غـيـر مرغوبة قـد كـانت مـوضع تحدى. وإقـتـرح هول (Hall, 1953) أن التـفكيـر يكون أبسط وأكـثـر واقعيـة حينما نكون نائمين عنه حينمـا نكون يقظين. ومن هذا المنظور، تكون رموز الأحلام ببساطة طريقة إختزال ملائمة للتعبير عن أفكار أساسية .

التأويل: Interpretation

تعتـمـد كل طرق التحليل النفسى بشدة على تأويلات المعالج الخاصة بما يقوله المريض - على سبيل المثال، كيف يعرف المعالج أن فتاة تحلم بخصوص [illegible] الخيل هو فى الواقع تفكير خاص بالقيام بالفعل الجنسى أكثر منه خاص بركوب الحصان ببساطة؟ وجادل فرويد أن اختبار الحامض Acid test كان رد فعل المريض لتفسيـرات المعالج المقتـرحة. وإذا قبل المريض دقة التـفـسـيـر، فسيكون حينئذ صحيـحـاً بشكل محتمل. ومع ذلك، فإن الأمور فى الغالب تكون أكثر تعقيداً من ذلك. فإذا رفض مريض بشدة تفسير المعالج للحلم، فإن

ذلك قد يكون ببساطة مقاومة بواسطة العقل الشعورى للمريض لتفسير كريه ولكنه دقيق تماماً .

وتوجد بوضـوح صعـوبة هنا، لأن المعـالج يستطيع أن يسـتـخدم إمـا قـبـول المريض أو إنكاره للمعقولية أو المنطقيـة الخاصة بتفسيـر حلم كدليل مدعم بأن التفسير صحيحا وإقترح فرويد طريقة للإلتفاف حول هذه المشكلة. إننا نستطيع أن ننظر إلى التـحليل النفسى بإعتبـاره مماثلاً لحل الألغاز المتقاطعة (الكلمات المتـقـاطعـة). قـد يكن حـقـاً، من الصـعب أن نقـرر مـاإذا كـان تفـسيـر خـاص صحيحاً. ومع ذلك، فإن تفسيرات عشرات التداعى الحر للمريض وأحلامه لابد أن تكون صورة متماسكة إذا قام المعالج بعمله بشكل لائق، تماماً مثلما يمكن أن تترتب قطع الألغاز المتقاطعة بطريقة واحدة .

الطرح: Transference

ركـزنا إلى هذا الحد على الطرق التى يحاول بها المحللون النفسـيـون أن يُحضروا الأفكار والذكريات المكبوتة إلى السطح. ومع ذلك، أكد فرويد - أيضاً - فكرة أن المريض لابد أن يحـصـل على مـدخل ليس فـقـط إلى المعلومـات المكبوتة ولكن أيضاً إلى المشاعر التى صاحبتها. والعامل الرئيسى فى تأكيد إنغمـاس كـاف على جانب المريض يقدم عن طريق الطرح، الذى يتـضـمن طرح المريض ردود أفـعـال انفعـالية قـوية كـانت مـوجهـة سابقاً إلى والديه (أو أفـراد [illegible] (1986, 68) [illegible] يقدم الطرح «نوعاً ما من الانفعال يُحيى من جديد مشاكل طفولة المريض التى لم تحل».

والناحية الحاسمة فى الطرح هى أن المعالج يستجيب بطريقة محايدة نسبياً لتدفقات المريض الانفعالية. وحقيقة أن المعالج لم يتأثر بأية طريقة يسمح للمريض بحرية التعبير عن غضب طال كبته أو عدائيه لوالديه بشكل لايقمع. علاوة على ذلك، تساعد حيادية المعالج على جعل المريض مدركاً، أن إنفجاراته الانفعالية تنبع من ذكريات مكبوتة وليس من الموقف العلاجى .

٢ - الانحرافات المعاصرة فى التحليل النفسى

بالرغم من أن التحليل النفسى الكلاسيكى لازال يُمارس، فإنه لم يعد سائداً كما كان منذ عقود عديدة (Horgan, 1996) . ويرجع هذا الانحطاط إلى عوامل مثل عدم الإفتتان بنظرية الشخصية القائمة على الغريزة، والتكاليف العالية المرتفعة للتحليل النفسى، وصلاحيته المحدودة مع الأطفال، وإتاحة أشكال بديلة كثيرة من العلاج كإنحرافات معاصرة فى التحليل النفسى.

وإبتكرت كثير من التوجهات بواسطة المنظرين الفرويديين الجدد مثل ألفرد آدلر A. Adler (١٨٧٠ - ١٩٣٧) وإيريك فروم E.Fromm (١٩٠٠ - ١٩٨٠). وكما هو معروف، فإن هؤلاء المنظرين مالوا إلى تأكيد أقل مما فعل فرويد على ماضى المريض وعلى الدوافع المؤسسة بشكل بيولوجى والنابعة من الهو واللاشعور. ومالوا كذلك إلى التركيز على المشاكل الحالية للعميل وكيف أن قوة الأنا Power of the Ego يمكن أن تستخدم [illegible] تلك الانحرافات للعلاج القائمة على هذه النظريات الفرويدية الجديدة تحليل الأنا Ego analysis (Hartman, 1958, Klein, 1960)، والعلاج البينشخصى Interpersonal therapy (Sullivan, 1954)، والتحليل الفردى

Individual Therapy (Adler, 1927/ 1963) . وقد كانت بعض تلك الانحرافات فى العلاج مصممة للاستخدام مع الأطفال (A.Freud, 1946; Klein, 1960). ويوجد مجال سيكودينامى معاصر مألوف بصفة خاصة يُعرف كعلاج العلاقات بالموضوع Object relations therapy (Hamilton 1994).

ويعتقد محللو العلاقات بالموضوع أن الشخصية وكذلك الصراع بين عناصرها تُشتق من الحاجة لعلاقات بشرية مدعمة. فعلاقة الأم/ الطفل ونماذج التعلق Attachment التى تنشأ منها تشكل النموذج الأولى لهذه العلاقات (Kohut, 1971). (والمصطلح موضوع، يشير إلى الأشياء التى يمكن أن تكون لها أهمية انفعالية للشخص). وتأخذ الحاجة القوية للاتصال البشرى مرحلة مركزية فى علاج العلاقات بالموضوع، حيث أن معظم الصعوبات التى تأتى بالعملاء إلى العلاج تتضمن علاقاتهم بالآخرين. ويلعب المعالجون النفسيون الذين يتبنون منظور العلاقات بالموضوع دوراً أكثر نشاطاً بكثير فى جلسات العلاج عن المحللين الكلاسيكيين. ويعمل معالجو العلاقات بالموضوع على تنمية علاقة تنشئة مع العميل، ويقدمون فرصة ثانية Second Chance للعميل لتلقى المساندة التى قد تكون غائبة فى الطفولة المبكرة ولتحديد بعض عواقب نماذج التعلق المبكرة سيئة التكيف (Lieberman & Pawl, 1988). على سبيل المثال، قد يبذل المعالج جهداً عظيماً لتوضيح أنه لن يهجر العميل.

وتُبقى الانحرافات الأخرى عن التحليل النفسى الكلاسيكى إلى حد كبير كثيراً من أفكار فرويد ولكنها [illegible] أقل كثافة، وأقل تكلفة، وأكثر ملائمة لمدى أوسع من العملاء (Hoyt, 1995) . على سبيل المثال، يستخدم كل من العلاج النفسى الموجه بالتحليل النفسى Psychoanalytically Oriented Psychotherapy والعلاج النفسى

الدينامى المحدود الوقت Time - Limited Dinamic Psyotherapy طرقاً أساسية خاصة بالتحليل النفسى ولكنهما يستخدمانها بشكل أكثر مرونة (Levenso & Strupp, 1997) .

وفى هذه الأشكال من العلاج، قد يكون المعالج أكثر نشاطاً من المحلل النفسى الكلاسيكى فى توجيه انتباه العملاء لدليل خاص بصراعات معينة. وقد يتدرج الهدف من العلاج من إعطاء مساندة نفسية إلى تحقيق تغيرات أساسية فى الشخصية، وقد يكتمل العلاج في جلسات قليلة قد تصل إلى أقل من ثلاثين جلسة. ويشجع المعالج الذى يستخدم هذه الطرق السيكودينامية الأكثر إختصاراً العملاء على أهداف معينة ملموسة. على سبيل المثال، قد يطلب المعالج من أحد العملاء أن يصف كيف يمكن أن يشعر ويسلك إذا ماتم حل مشكلة معينة بشكل مفاجئ (Harvard Mental Health Letter, 1994) .

وتبدو حقيقة معينة لتحليل الطرح فى كل أشكال الانحراف عن خط التحليل النفسى الكلاسيكى. فى العلاج السيكودينامى القصير والذى يسمى بالعلاج التدعيمى التعبيرى Supportiv- expressive therapy، على سبيل المثال، يبحث المعالج عن «صراع جوهرى» Coreconflict - موضوع علاقة الصراع الجوهرية - الذى يظهر بشكل متكرر عبر مجموعة من العلاقات، بما فيها العلاقة العلاجية (Luborsky, 1997). ويبين البحث أن موضوعات الصراع الجوهرى التى تبزغ فى جلسات العلاج هى فى الغالب [illegible] التى تحدث كذلك فى أحلام العميل (Popp et al., 1996)

ويمكن توضيح الطريقة التى قد يعبر بها عميل عن صراع جوهرى فى المقتطف التالى من علاج طالبة بإحدى الكليات تبلغ من العمر إثنين، وعشرين عاماً، كان قد وقع عليها تعسف بدنى من والدها فى الطفولة .

العميل: أشعر بالجنون فى نفسى لعدم قدرتى على مواجهة شريكى فى الحجرة .

المعالج: ماذا حدث ؟

العميل: كنت أتحدث إلى صديق فقاطعنى رفيقى فى الحجرة. أراد أن يستخدم سيارتى. فقلت «أعذرنى» فلدى محادثة. وبدلاً من التراجع استمر فى مقاطعتى بطريقة وقحة. فلم أستطع مجرد مواجهته بجرأة. وحينما انصرف، سألنى صديقى عن السبب فى أننى لم أهاجمه بعنف. ولكننى استسلمت، وبعد ذلك بدأت فى الحصول على كل هذه التخييلات .

المعالج: هل توجد أوهام ؟

العميل: نعم، أشياء هكذا، لقد تخيلت أشياء مثل الضغط عليه بفمى، قائلة له فلتقع صريعاً. وبعد ذلك شعرت بالغباء. كما لو كنت أبالغ ولاأخرج بشىء. لقد شعرت حقيقة بالغباء. وبدأت أنهار فى نفسى مرة ثانية.

وقد يرى المعالج التدعيمى/ التعبيرى فى هذا العميل صراعاً جوهرياً بين الرغبة فى المقاومة من أجل نفسه والميل إلى نقد نفسه لوجود هذه الرغبة لديه. وسوف يراقب المعالج هذا الصراع الجوهرى ليظهر فى العلاقة العلاجية - ربما فى شكل تدعيم تجريبى بمزاج يتسم بالخوف من أن يكون ارتكب شىء خطأ - وبعد ذلك يساعد العميل على رؤية الصلات بين خوفه من تدعيم نفسه، [illegible] بتسوية الأمر، وخبراته [illegible] فى الطفولة. وهذا التعبير هو جزء من تحليل الطرح (Luborsky, 1997). وفى نفس الوقت، سوف يدعم المعالج محاولات العميل لأن يكون أكثر دعماً بأشكال من السلطة بدون أن يكون له تخييلات عنيفة.

ولاتركز الانحرافات عن التحليل النفسى الكلاسيكى فقط على مشاعر العميل تجاه المعالج، ولكن كذلك على مشاعر المعالج تجاه العميل - الطرح المضاد Counter transference - على سبيل المثال، إذا أدى الطرح بالعميل إلى أن يعامل المعالج كأب، فإن المعالج يمكن بسبب الطرح المضاد أن يبدأ بدون قصد فى معاملة العميل كإبنه. ويجب أن يكون المعالجون يقظين للطرح المضاد وتأثيراته على موضوعيته الإكلينيكية. وعلى نحو مثالى، فإن النمو والتحليل لهذه العلاقة الودودة ذات الاتجاهين يصبح كحجر الزاوية للعميل لتنمية علاقات صحية وأكثر رضاً مع الآخرين.

وبتركيز المعالجون على العلاقات البينشخصية أكثر من الغرائز، وتأكيدهم على القوة الدافعة للعملاء من أجل حل المشاكل الموجهة نحو الذات، وإعادة الثقة والمساندة الانفعالية التى يقدموها، فإن الانحرافات المعاصرة عن خط التحليل النفسى الكلاسيكى قد ساعدت المجال السيكودينامى على أن يحافظ على تأثيره بين المهنيين فى مجال الصحة النفسية (Messer & Wolitzky,1997).

التقويم :

إن أحد أشكال الضعف الشديد الخاص بمجال التحليل النفسى فى العلاج هى أنه لايقوم على أساس متين من البحث العلمى. وقد كانت توجد بعض [illegible] نظرية التحليل النفسى (على [illegible] تحت شروط معملية)، ولكن معظم هذه المحاولات تبدو غير متعلقة إلى حد كبير. إن تأكيد فرويد على تعقيدات الأداء المعرفى يعنى أنه عديم الجدوى تقريباً لدراسة أجناس أخرى لإختبار آرائه النظرية. وهكذا فبقدر اهتمام البحث

البشرى، فإنه سيكون غير أخلاقى تماماً محاولة إنتاج أو توليد أعراض عصابية فى المعمل، فالمخاوف التافهة التى دُرست فى الواقع من المحتمل أنها تحمل علاقة صغيرة جداً للصدمات التى يعانى منها المرضى الإكلينيكيين .

وفى الحقيقة كانت الآراء النظرية لفرويد وأتباعه تقوم إلى حد كبير جداً على المعلومات التى يتم الحصول عليها من التفاعلات مع مرضاهم فى الموقف العلاجى. ورغم ذلك، حتى الاتفاق الجيد بين المعلومات المقدمة بواسطة المرضى والنظريات المقترحة بواسطة المحللين النفسيين لاتقدم مساندة قوية لمجال التحليل النفسى. والسبب فى ذلك هو أنه توجد مخاطر مميتة من «تلوث» Contamination فى البيانات التى يتم الحصول عليها من المرض بطريقتين مختلفتين على الأقل .

١ - مايقوله المريض قد يكون متأثراً بما قاله المعالج فى مناسبات سابقة، وبذلك يكون متلوثاً بآراء المعالج النظرية.

٢ - قد يستخدم المعالج تصوراته النظرية السابقة ليفسر مايقوله المريض بطرق تشوه ماقد كان يقال وتلوثه .

ومشكلة عامة أخرى مع التحليل النفسى ومعظم صور العلاج النفسى هى فكرة أن التفاعل بين المريض والمعالج وزيادة «الاستبصار». بمشاكل المريض يمكن أن تنتج تغيرات أساسية فى سلوك المريض، ففى الحقيقة، يوجد قدر كبير من الأدلة توحى بأنه يكون من الصعب جداً تغيير طرق السلوك المؤسسة - على سبيل المثال، المرضى المصابون بمرض القلب المزمن غالباً ماتغاضوا عن توصيات خاصة بالتدخين، ونظام الغذاء، وتناول الكحول، وهكذا، حتى مع أن هذا قد يقصر حياتهم إلى حد كبير جداً (أنظر: Roskis et al., 1989)، وهكذا، فإن الفشل فى التحليل النفسى على التركيز مباشرة على تغير

السلوك يُحتمل أن يضعف قدرته على إحداث تغييرات مرغـــــوبة طويلة المدى فى السلوك .

وقد كانت توجد كمية كبيرة من الجدل بخصوص الفاعـــــلية (أو غير ذلك) الخاصة بالعلاج النفسى. وطبقاً لأيزنك (Eysenck, 1952)، فإن العلاج النفسى غير فعال تماماً، لأن معدل الشفاء بالتحليل النفســـــى ليس أعلى (أو حتى أدنى) من معدل الإلغاء التلقائى Spontaneous remisson لدى المرضى الذين لم يعالجوا أساساً. ويتضمن هذا أن العلاج بالتحليل النفسى سىء فى الواقع بالنسبة إليك! فى الحقيقة، يشير الفحـــــص التالى للعلاج بالتحليل النفسى إلى أنه فعال بقدر معتدل على الأقل (Bergin, 1971) .

ولقد قُدم مزيد من المعلومات الدقيقة بواسطة لابوورسكى وسبينس (Luborsky & Spence, 1978) فى مراجعة لدراسات أجـــــريت لفحص فاعلية العلاج بالتحليل النفسى. وجادلا بأن التحليل النفسى يعمــــل بصفة عامة على نحو أفضل مع مرضى أكثر تعليماً. وذلك كما يُزعم لأن. مثل هؤلاء المرضى قادرون على نحو أفضل فى تقديم تفسيرات مفصلة ومتمـــاسكة عن عمليات التفكير الخاصة بهم. كما إتضح أن التحليل النفسى يبـــدو أنه أكثر نجاحاً بكثير بالنسبة لعلاج أعصبة متنوعة (مثل اضطرابات القلق) منه بالنسبة لعلاج الذهانات (مثل الفصام). وليس هذا مدهشاً تماماً، لأن معظم إسهامات فرويد النظرية كانت تهتم بالقلق أكثر من الاضطرابات الذهانية.

ثانياً: العلاجات الإنسانية

Humanistic Therapies

مثل العلاجات التحليلية النفسية، تقوم العلاجات الإنسانية على الاعتقاد بأن المشاكل النفسية يمكن علاجها بإعطاء الناس إستبصاراً فى الاحتياجات والدوافع التى قد لايكونوا على وعى بها، ولكن المعالجون الإنسانيون يرفضون مفهوم الحتمية النفسية فى التحليل النفسى. فينظر فرويد إلى الناس المضطربين باعتبارهم ضحايا لصراعات الطفولة التى لايستطيعون أن يمارسوا إلا تحكماً قليلاً عليها. وعلى النقيض، فالمبدأ الرئيسى للإنسانيين هو حرية الاختيار، ويؤيد المعالجون الإنسانيون أن الشخص حر إلى أقصى مدى فى عمل الاختيارات التى تؤثر فى من هو يصبح. كما أن هدفهم هو تحرير ميول العميل الفطرية تجاه النمو وتحقيق الذات. وبالرغم من أنه توجد أنواع مختلفة كثيرة من العلاجات الإنسانية، فلن نناقش سوى إثنين، هما: علاج كارل روجرز المتمركز حول العميل والعلاج الجشطلتى .

١ - العلاج المتمركز حول العميل

Client - Centred Therapy

نظرية روجرز الظواهرية: Rogrs' Phenomenological Theory

درس كارل روجرز (١٩٠٢ - ١٩٨٧) كثيراً من حياته العملية للبحث من أجل طرق محسنة لعلاج المرضى الإكلينيكيين. وقد أدى به هذا البحث إلى تطوير مايسمى «بالعلاج المتمركز حول العميل»(Rogers, 1951). ورغم ذلك أصبح مهتماً بشكل متزايد - أيضاً - بالشخصية. وتبين أن بعض

أفكاره عن مـشاكل مرضاه وعن صـور ملائمة من العـلاج احـــتـــوت ضمنها بذور نظرية للشخصية. وطبقاً لنظرية روجرز فى الشخصية تكون ـــــخبرة الفرد المباشرة ذات دلالة قـاطعـة. وبكلمـات أخرى نسـتطيع فـهم الناس الآ ـــخـرين على أفـضل وجه بالتركيز على وعيهم الشعورى الخاص بأنفسهم وبالعالم حولهم .

مفهوم الذات: Self - Concept

طبقاً لروجرز (١٩٥١- ١٩٥٩)، يكون مفهوم الذات ذا أهمية أساسية. ويكون مـفـهـوم الذات للفـرد شـعـورياً بشكل أسـاسى، وـــيتكون من أفكاره ومـشاعـره عن نفسـه كـفـرد وفى عـلاقـته بالآخرين - وطبقـاً لروجرز، لن يكون ممكناً الانغـمـاس فى دراسـة منهـجـيـة لأى جزء من الذات النـــــى وجد تحت سطح الوعى الشـعـورى. ويوجـد تمـيـيـز هام بين **مفـهوم الذات Self Concept** **والذات المثـالية Ideal Self**: **فمفهوم الذات** هو الذات كـما تخبر فى الوقت الحالى، فى حين أن **الذات المثالية** هى مفهوم الذاتـــــ التى سيرغب فرد مـا إلى أقـصى حـد أن يمتلكهـا ، ولـيس من المدهش أن الناســـــس السـعـداء تكون الفجوة بين الذات المثالية ومفهوم الذات أصغر لديهم، وهذا على العكس لدى هؤلاء الأفراد غير السعداء .

وإحدى الطرق التى بهـا يـكون من الممكن تقـيـيم مـفـــــهـوم الذات والذات المثالية كما يلى :

١ - أن يُقدم للفرد كـمـيـة من البطاقـات، تحتـوى كل منهـا على تقرير خاص بوثاقـة الصلة الشـخصـيـة (على سـبـيل المثال، «أنا شــــخص ودود»، «أنا شخص متوتر معظم الوقت») .

٢ - تكون مـهـمـة الفرد الأولى هى تقرير ماهى العـبارة التـــى تصف ذاته أفـضل ماتكون، وماهى العبارات الأفضل التالية فى قوتها الوصفيـة. وهكذا، تنحدر العبارات إلى تلك العبارات التى تكون أقل وصفاً. (وفى بعض الأحيان يكون الفـرد مقـيداً بوضع عدد معين فقط من البطاقات فى كل فئة من أجل إجباره على الاستفادة من كل الفئات المتاحة) .

٣ - ويُتبع نفس الإجراء بدقة بالنسبة للذات المثالية.

٤ - وفى النهاية، يحسب المجرب كمية التناقض بين التصنيفين .

وتوجد طرق أخـرى يمكن أن نُقيم بهـا مـفـهـوم بهـا مـفـهـوم الذات، على سـبـيل المثال، يكون من الممكن إسـتخدام دلالة الألفـاظ التـفـاضلية. والمفاهيم مثل «ذاتى» أو «ذاتى المثـاليـة» تُقدر على مـقـايـيس عـديدة من سبع نقـاط، يُحدد كل طرف منها بزوج من الصفات (على سبيل المثال، جيد/ سىء، ماهر/ غبى، نشـيـط/ سلبى) - والإمكانيـة الأخرى هى اسـتـخـدام قـائمة مـراجـعـة. ويطلب من كل شخص ببساطة أن يشير إلى تلك الصـفات التى يشعر أنها قابلة للتطبيق .

وتوجـد بعض العـيـوب الواضـحـة المرتبطة بكل من هذه الطرق الخـاصـة بتقييم الذات والذات المثالية، تتمثل فى الآتى:

أولاً: لايمكن أن تلقى الطرق المتنوعـة أى ضـوء على تلك النواحى الخـاصـة بالذات التى لايوجد وعى شعورى عنها .

ثانياً: الاختـبارات مـعـرضـة لتـشـويه متـعـمـد (على سبـيل المثال، من الأكـثـر [illegible] ودود ، وهكذا قـد يميل كـثـيـر من الناس غـيـر الودودين إلى أن يدعـو أن العبارة «أنا شخص ودود» وصفية بشكل مرتفع لأنفسهم .

ثالثاً: من الممكن أن الناس يمتلكون عدداً من مفاهيم ذات مختلفة، فى حين الإختبارات مصممة لتقييم مفهوم ذات منفرد.

وطبـقـاً لروجـرز (١٩٥١ : ١٩٥٩) ، تُكرس إلى حـد كـبـيـر الدافـعـيــة الإنسانية إلى مهمة تحقيق الاحتياجات والدوافع الكامنة. ولتحقيق الذات نواح كثيرة. ومع ذلك فإن الحاجة إلى نظرة إيجابية (الحاجة إلى أن تُحب وتُحترم من الآخرين) والحاجة إلى نظرة إيجابية للذات (الحاجة إلى أن تحب وتحترم نفسك) هما ذات أهمية خاصة.ويمكن تقييم المدى الذى يكون فيه الفرد محققاً لذاته بعدة طرق. على سبيل المثال، يوجد إستبيان من ١٥ بنداً يُسمى مؤشر تحقيق الذات، يقيس تقدير الذات، وقبول الذات، وقبول حياة الفرد الانفعالية، والثقة فى العلاقات البينشخصية والقدرة على العمل بشكل مستقل. ويبدو أن لمؤشر تحقيق الذات بعض الصدق، لأنه يوجد تماثل معقول بين هذه الدرجات الخاصة بتقدير الذات والرتب المقدمة بواسطة أفراد آخرين .

النمو الشخصى ومفهوم الذات :

زعم روجرز أن الأطفال الصغار صالحين بشكل طبيعى فى إنتقاء تلك الأعمال والخبرات التى تكون نافعة لهم بينما فى نفس الوقت يتجنبون الخبرات المؤذية. ورغم ذلك، فبنمو الأطفال، يتأثرون بشكل متزايد بقيم وإتجاهات الناس الآخرين. ونتيجة لذلك، فإن الأطفال يدمجون قيم الناس الآخرين فى طرق التفكير الخاصة بهم وتعرف هذه العملية **بالإدماج Introjection** . ومثل هذه القيم المدمجة تسمى **بشروط الأهمية Conditions of worth** ، لأنها تحدد الشروط الضرورية لنا لنخبر النظرة الإيجابية للذات [illegible] على سبيل المثال، قد يشعر الطفل بأنه صالح بإبقاء حجرته منظمة لأن النظام تقدره أمه .

وبمرور الوقت، نتعرض جميعاً لتغيير خبرات الذات، وسوف يؤدى هذا إلى تغييرات مطابقة فى مفهوم الذات. ومع ذلك، يمكن أن تنشأ مشاكل حينما يوجد تنافر بين خبرات الفرد الحقيقية وإدراكاته للذات - على سبيل المثال، الطفل الذى يعتقد فى نفسه أنه غير عدوانى يجد نفسه يتصرف بشكل عدوانى. ورد الفعل لمثل هذا التنافر هو **التشويه Distortion** (على سبيل المثال، يقرر الطفل أنه كان لايتصرف سوى بشكل توكيدى وليس بشكل عدوانى). ورد الفعل الأكثر تطرفاً هو **إنكار Denial** وجود الخبرة. وتؤدى هاتان العمليتان (التشويه - الإنكار) إلى التنافر، الذى فيه لم يدمج بعض من خبرات الفرد فى مفهوم الذات. وبالتالى، يجعل التنافر الفرد أكثر إستهدافاً للتهديد، وأكثر قلقاً، وسوء التكيف من الناحية النفسية .

ولكن **كيف يتم تجنب التنافر خلال سير النمو؟** فطبقاً لروجرز (١٩٥١، ١٩٥٩)، تنشأ كثير من المشاكل لأن شروط الأهمية تُقدم بشكل متكرر بواسطة الوالدين وآخرين الذين يقدمون نظرة إيجابية شرطية فقط. والطريقة لأن تصبح مؤدياً بشكل كامل وتُقلل التنافر إلى أدنى حد هى أن تقدم نظرة إيجابية غير شرطية من أفراد آخرين هامين فى عمر مبكر .

والعامل الهام المتعلق الذى يساعد على تحديد نمو مفهوم الذات هو الانفتاح للخبرة. فكثير من الخبرات مُهددة لأنها لاتتسق مع مفهومنا للذات (على سبيل المثال، «أنا شخص ودود، ولكنى كنت وقحاً فقط مع جارى»)، [illegible] ذلك (على سبيل المثال، «أنا شخص ودود، ولكنى أجد من الصعب أن أكون ودوداً مع بعض الناس»). وعلى النقيض، كما سنرى فيما بعد، يمكن أن يلعب الانفتاح مع الخبرة دوراً فى نمو المرض العقلى .

العلاج المتمركز حول العميل: Client - Centred Therapy

تتمثل الافتراضات المركزية التى وراء العلاج المتمركز حول العميل فى أن عدم التطابق Incongruence يلعب الدور الرئيسى فى نمو المرض العقلى، وأن المعالجين لابد أن يحاولوا تخفيض مستويات عدم التطابق لدى العملاء .

وتم الحصول على دليل ما بأنه توجد صلة بين عدم التطابق والمرض العقلى بواسطة كارترايت (Cartwright, 1956). ففى تجربة خاصة بالذاكرة، وجد أن الأشخاص أظهروا تذكر أضعف لكلمات لم تكن وصفية لأنفسهم من تلك الكلمات التى كانت وصفية لذواتهم، وهذه الظاهرة يمكن أن يُنظر إليها كإشارة للتنافر. وهذا الميل لوجود تذكر ضعيف لكلمات غير وصفية للذات كان أكثر تأكيداً لدى الأشخاص المتكيفين على نحو سيء والذين تقدموا للعلاج أو الذين تلقوا علاجاً غير ناجح، عما كان لدى الأشخاص جيدى التكيف .

وقد جادل معظم الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين بأنه من المهم تشخيص الأمراض النفسية التى يعانى منها مرضاهم، وقد إقتُرحت أنظمة تصنيفية عديدة. كما جادل روجرز (١٩٥١، ١٩٥٩) بأنه كانت توجد جدوى قليلة فى مثل هذا التشخيص. ومع ذلك شعر أنه كان من المفيد تمييز الطرق المختلفة التى [illegible] DeR[illegible] [illegible] خبراتهم غير متسقة مع مفهومهم للذات. وأحد الأمثلة هى التبرير Rationalisation الذى يشوه به الفرد تفسير سلوكه الخاص لجعله متسقاً مع مفهومه للذات (على سبيل المثال، بدا سلوكى سيئاً، ولكنه لم يكن خطئى).

ومثال آخر هو الخيال الجامح: قد يتخيل فرد عن نفسه (على سبيل المثال، إنه نابليون)، وبعد ذلك ينكر أو يرفض قبول هذه الخبرات التى تدحض التخيل (على سبيل المثال، لاأستطيع أن أتحدث الفرنسية).

وطبقاً لروجرز، فإن أفضل طريقة لتخفيض التنافر لدى العميل هى تقديم بيئة مدعمة يشعر فيها بالقدرة على الانفتاح للخبرة. ويتبع هذا أن المعالجين الذين يكونوا :

١ - غير شرطيين فى نظرتهم الإيجابية .
٢ - أصلاء .
٣ - متقمصين عاطفياً (أى، فاهمين لمشاعر الشخص الآخر).

يجب أن يكونوا أكثر فعالية فى علاج المرضى من المعالجين الذين تنقصهم بعض أو كل تلك الخصائص. وجزء من السبب فى هذا هو أن المعالجين الذين يمتلكون هذه السمات يستمعون حقيقة لما يخبرهم به عملائهم أكثر من كونهم متأثرين بشكل غير ملائم بتصوراتهم الخاصة السابقة. ويوجد دليل ما يدعم الرأى بأن هذه الخصائص قيمة لدى المعالجين. فقد إستعرض تروكسى وميتشيل (Truxal &Mitchell, 1971) دراسات عديدة تتضمن طرقاً متنوعة من العلاج النفسى، وإستنتجا أن معظم المعالجين الناجحين مالوا إلى أن يمتلكوا هذه الخصائص الثلاث. ورغم ذلك، فإن كثيراً من الأدلة الحديثة تشير [illegible]
عاطفياً أقل أهمية مما زعمه روجرز (أنظر مثلاً: Beutler et al., 1986) .

وبالرغم من أن روجرز (١٩٥٥) أكد أهمية الصفات الشخصية للمعالج فى تحديد نجاح العلاج، فإن الموقف فى الحقيقة أكثر تعقيداً نوعاً ما، فالمعالج والمريض فى تفاعل دينامى مع كل منهما الآخر، وقد يكون أسهل جداً للمعالج

أن يكون غير شرطى فى النظرة الإيجابية، ومتقمصاً عاطفياً، وأصيلاً مع بعض المرضى عما هو مع المرضى الآخرين. والدليل بأن سلوك وإتجاهات المريض هامة تم تقريره بواسطة فيسك وزملائه (Fiske et al., 1964). كما أن المرضى الذين قد ناقشوا فى المقابلة الأولى مشاعرهم ومشاكلهم بخصوص العلاقات الشخصية الهامة إتضح أنهم ينجحون بشكل أفضل جديراً بالاعتبار من أولئك المرضى الذين ناقشوا مشاكلهم كما لو كانت مشاكل شخص آخر. وبكلمات أخرى، فإن إتجاه المريض قد يكون أكثر أهمية فى تحديد نجاح العلاج هو مما اعترف به روجرز .

وبصفة عامة، يؤسس المعالج فى العلاج المتمركز حول العميل بيئة دافئة ومقبولة، فلا يستهجن أبداً مايفعله العميل أو يفكر فيه. وفى الحقيقة، يدعم المعالج العميل بشكل متكرر، مقدماً الخصائص الثلاثة السابقة التى أقرها روجرز .

والمقتطف التالى من جلسة علاجية يوضح هذا التكنيك. والعميل هنا هو طالب فى إحدى الكليات مصاب بمشاعر الدونية:

العميل: حسناً: حدث أمس مرة ثانية. لقد أخذت مرة ثانية ذلك الإمتحان فى الأدب الأمريكى .

المعالج: أفهم هذا .

العميل: تماماً كما سبق، حصلت على درجة لابأس بها. ولكن فى السؤال الثالث كتب المعلم تعليقاً بأننى كنت أستطيع أن أكون أوضح قليلاً أو على نحو آخر كنت أستطيع أن أعطى مزيداً من التفاصيل. نفس ماحدث قبل ذلك. لقد حصلت على مايرام على A، ولكن ياللعنة! إنى

أشبه ماكينة يمكن أن تولد إجابات صحيحة بدون فهم على الإطلاق. إنى أحفظ، ولكن لاتوجد أية إبداعات أو فهم...

المعالج: حتى مع أنك حصلت على A فإنك غير راض .

العميل: تماماً غير راض أبداً. من الممكن أن أكون قد حصلت على٤٢ فوق، ولاأشعر أننى فى حالة طيبة أبداً. إنى أكره نفسى .

وهنا عكس المعالج صورة عدم رضا شاب بالأداء ويحمل فهماً لمشاعر العميل ويشجعه على التوسع فيها. لاحظ بصفة خاصة كيف يقبل المعالج تعاسة العميل بالرغم من درجة A التى حصل عليها. إنه لايحاول أن يثنى العميل على وجهة نظره ولايعبر عن استهجان. ويعتبر هذا الإتجاه الخالى من الحكم حيوياً إذا كان **العميل** أن يتحرر فى أي وقت من الشروط غير المعقولة لقيمة الذات .

ولكن عكس صورة مشاعر عميل والتى تُسمى تقمصاً أولياً Primary empathy ، هو مجرد خطوة أولى فى علاج روجرز المتمركز حول العميل. ولكن الهدف الأقصى هو جذب العميل إلى رأى أكثر إنتاجية للذات. ولعمل هذا، يبدأ المعالج فى اقتراح ماقد يكون مسبباً لمشاكل العميل، فى حين لايزال يظهر فهماً لوجهة نظر العميل. ويُسمى هذا تقمصاً متقدماً Advanced empathy .

وبالنسبة للشاب ذى مشاعر الدونية، سوف يتضمن التقمص العاطفى المتقدم مساعدة على رؤية كيف فرض الآخرون عليه شروطاً غير منطقية للحصول على قيمة الذات، التى بدورها جعلته يشعر بعدم الكفاءة. ويبدأ المعالج فى عمل هذا تماماً بعد أن يقرر الشاب إنه يكره نفسه لنقص فى إمكانياته .

المعالج: نعم. أخمن أنك شعرت أن الناس يقللوا من شأنك بسبب هذا النقص فى إمكانياتك ؟

العميل: لقد فعلوا هذا! بصفة خاصة قومى. إنهم لم يقولوا هذا حقيقة، ولكنى أعرف من الطريقة التى يتصرفوا بها ...

المعالج: وجعلك هذا تشعر بنوع من عدم القيمة ؟

العميل: حقيقى .

والأمـل أنه عند تأسيس هذه الاستبصارات بشكل كامل، أن يستطيع العميل إلقاء الضوء على حاجته لأن يصبح «الابن الكامل» Perfect Son لإدخال السرور على والديه. وبدلاً من ذلك، يستطيع أن ينمى فخراً بالأشياء الكثيرة التى أنجزها من قبل ويكتسب إحساساً بأنه شخص قادر حقاً. ويعتنق العلاج المتمركز حول العميل أن التقمص العاطفى المتقدم يكون ذا أهمية مركزية، لأنه بدون منظور جديد فى حياتهم لايستطيع الناس المضطربون أبداً أن يتغلبوا على مشاعرهم السلبية .

ويوضح المقتطف التالى الاتجاهات الثلاثة للمعالج بشكل أكثر بروزاً:

العميل:.... أنا لاأستطيع أن أكون نوع الشخص الذى أريده، أعرف أننى ربما لاأملك الشجاعة أو القوة لقتل نفسى وإذا كان شخص ما سوف يعفينى من المسئولية أو يمكن أن تقع لى حادثة، أنا، أنا ... على وجه التحديد لاأريد أن أعيش .

المعالج: فى الوقت الحالى تبدو الامور سيئه جداً لدرجه أنك لاتستطيع أن ترى جدوى للحياة. (لاحظ استخدام إنعكاس التقمص العاطفى وغياب النقد) .

العميل: نعم، أرغب فى أننى لم أبدأ هذا العلاج أبداً. كنت سعيداً حينما كنت أعيش فى عالم الأحلام الخاص بى. هناك إستطعت أن أكون نوع الشخص الذى أردته. ولكن الآن توجد مثل هذه الفجوة الواسعة بين ماأتمناه وبين ماأكونه بالفعل (لاحظ كيف يستجيب العميل لانعكاس التقمص بإعطاء مزيد من المعلومات) .

المعالج: إنه فى الحقيقة نضال صعب فيما يختص بالفجوة بين أحلامك وبين ماتكون بالفعل (تقمص عاطفى) .

العميل: عالم أحلامى أو إنتحارى ... ولهذا فإننى لاأرى سبباً فى أنى يجب أن أضيع وقتك - الحضور مرتين فى الأسبوع - إننى لاأستحق ذلك - ماذا تعتقد؟

المعالج: هذا يرجع إليك.. هذا لايضيع وقتى. إننى أكون مسروراً أن أراك كلما أتيت ولكنه يرجع إلى كيف تشعر بالنسبة لذلك(لاحظ التناغم فى تقرير الرغبة الأمينة لرؤية العميل والإحترام الإيجابى غير المشروط فى الثقة بقدرته ومسئوليته بالنسبة للاختيار» .

العميل: أنت لاتقترح مجيئى مرات أكثر؟ أنت غير منزعج وتفكر فى أننى يجب أن أحضر كل يوم حتى أخرج من كل هذا ؟

المعالج: أعتقد أنك قادر على اتخاذ قرارك الخاص. سوف أراك كلما أردت أن تأتى (إحترام إيجابى) .

العميل: (لاحظ الرغب فى صوتى) لاأعتقد أنك منزعج بالنسبة لى - أرى - قد أكون خائفاً من نفسى ولكنك لست خائف لأجلى. (هنا يخبر العميل ثقة المعالج فيه. فهو لن يقتل نفسه، بالمناسبة) (Rogers, 1951: 49) .

التقويم الحاسم: Critical evalution

القوى Strengths: لقد كان لروجرز تأثيراً مستمراً على علم النفسى فى ثلاث طرق مختلفة على الأقل، هى :

أولاً: برهن العلاج المتمركز حول العميل على أنه صورة فعالة بدرجة معقولة فى علاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات العقلية. ومع ذلك، يحتمل أن يكون أكثر نفعاً فى علاج الاضطرابات المعتدلة نسبياً عن الاضطرابات الشديدة (Davison & Neale, 1990) . وقد ابتُكرت إجراءات علاجيةأخرى متنوعة من العلاج المتمركز حول العميل، منها جماعات المواجهة التى يحتمل أن تكون المثال المعروف على أفضل وجه. فمن حيث الجوهر، يشجع المشاركون فى جماعات المواجهة على فحص مشاعرهم الخاصة بصدق شديد، ومناقشتها بحرية وبصراحة مع أعضاء الجماعة الآخرين. وغالباً ماأنتجت جماعات المواجهة عدداً من التأثيرات المفيدة، ولكن الأفراد المضطربين نوعاً ما أو المنخفضين فى تقدير الذات قد يعانون حقيقة من تأثيرات معادية Adverse effects من المشاركة (Kaul & Bendnar, 1986) .

ثانياً: كان روجرز أحد المعالجين الأوائل فى تقديم معلومات مفصلة عن جلسات العلاج للمعالجين والباحثين الآخرين المهتمين. وفى حالات كثيرة [illegible] ، مثل هذه المعلومات هامة إلى أقصى حد بوضوح إذا ماوُجد فهم مناسب للتغير العلاجى. وهى تسهل كذلك مهمة تقييم العلاج. وكانت مساهمات روجرز فى هذا المجال عظيمة جداً لدرجة أن «دافيسون ونيل» (١٩٩٠) جادلا بأن «روجرز يمكن أن يُشهد له بإنشاء المجال الكلى لأبحاث العلاج

ثالثاً: كان روجرز (هو وإبراهام ماسلو E. Maslow, 1970) شخصية حاسمة فى تطوير علم النفس الإنسانىHumanistic Psychology. وعلم النفس الإنسانى يهتم بمحاور ذات معنى للبشر، وتركز بصفة خاصة على الخبرة والذاتية والأحداث الفريدة التى لايمكن التنبؤ بها فى الحياة الإنسانية للأفراد (Carwright,1979: 5 - 6) . ومع تأكيده على الخبرة الذاتية وليس على السلوك، يمثل علم النفس الإنسانى مجالاً مختلفاً جداً لعلم النفس من ذلك الذى يؤيده كثير من علماء النفس الآخرين. وبعض العيوب ذات الاعتماد على الخبرة الذاتية سوف تُناقش فى القسم التالى، ولكن كثير من القيمة الخاصة بشخصية الفرد يمكن تعلمها من إعتبار حذر لتقاريرهم الخاصة بخبرتهم .

أشكال الضعف Weaknesses: كانت إحدى المميزات الحاسمة لمجال روجرز هى إعتماده على الظواهرية. وكما عبر عنها «بالنسبة لطريقتى فى التفكير، فإن هذا النمط الظواهرى الشخصى للدراسة - بصفة خاصة حينما يقرأ الشخص كل الإستجابات - يكون قيماً إلى أبعد حد من المجال الإمبريقى الجامد التقليدى، وهذا النوع من الدراسة، الذى غالباً مايحتقره علماء النفس بأعتباره لايزيد عن تقارير ذاتية، يعطى فى الواقع الاستبصار الأعمق فيما تعنيه الخبرة. إنه سيجعل مهمة الأخصائيين النفسيين أسهل نسبياً إذا كان من [illegible] الحصول على فهم كامل للناس الاخرين ببساطة عن طريق جعلهم يصفون خبراتهم بشكل مباشر. ورغم ذلك، فإن كثيراً من علماء النفس يشكون فيما إذا كانت الظواهرية مجالاً نافعاً مثلما زُعم بواسطة روجرز.

وإحدى المشاكل الرئيسية مع الظواهرية هو أنها تهتم فقط بتلك الأفكار التى لدينا وعى شعورى بها، فيكون [illegible]

الذى لايمكن أن يتم تقييمه بالتقنيات المفضلة بواسطة روجرز. وبالإضافة لذلك، فلأننا لانستطيع أن نملك دليلاً مستقلاً مباشراً عن كيف يخبر فرد آخر الحياة، فمن الممكن تماماً للناس أن يقرروا خبراتهم بشكل مشوه على نحو متعمد.

وتتعلق إحدى صور الضعف بمجال روجرز النظرى فى معالجته للدافعية. وطبقاً لروجرز (١٩٥٩) يكون الناس مدفوعين بشكل أساسى تجاه التحقق من قوتهم الكامنة: «لابد من ملاحظة أن هذا الميل الأساسى للتحقق هو الدافع الوحيد المسلم به فى هذا النظام النظرى». وبالنسبة لحقيقة أن سلوكنا يتأثر بعدد كبير من دوافع محددة بيولوجياً ونفسياً، فإن تفسير روجرز يبدو مبتزلاً نوعاً ما. وكما أوضح كروس (Krause, 1964:7)، فإن بناء الميل للتحقق «يبدو أنه يفسر كثيراً جداً على نحو غامض جداً لأى تنبؤات فارقية تُشتق منه».

وتوجد بعض العيوب المحددة الخاصة بنظرية الشخصية المبتكرة بواسطة روجرز. فلقد إفترض أن كل شخص تقريباً له طبيعة طيبة وإيجابية بشكل أساسى، مع مشاكل واضطرابات تحدث فقط بسبب خبرات خاصة وبسبب التأثير الخاص بالآخرين. وتتضمن هذه الإفتراضات على نحو محتمل رأياً تفاؤلياً على نحو غير ملائم للطبيعة البشرية. وفكرة أننا جميعاً نرث شخصيات مماثلة نوعاً ما يُحتمل أيضاً أنها غير دقيقة.

٢ - العلاج الجشطالتى

Gestalt Therapy

تعريف العلاج الجشطالتى:

العلاج الجشطالتى عبارة عن نظام إدراكى قائم على عدم التفسير ومبتعد عن الجانب التاريخى للفرد (الماضى)، ومحور الاهتمام فيه هو الوعى Awareness فى هنا والآن Her and Now، وتدار معظم التعاملات بين المعالج والمريض على أساس من أنا ومن أنت بدلاً من إفتراض الطرح أو الطرح المضاد. ويكون التركيز فيه على مايُجرى فعلاً (العملية) فضلاً عما يمكن أو ماينبغى أن يكون حادثاً (المحتوى). ويشجع المعالج المريض فى تحمل المسئولية عما يحدث فعلاً، وبإتصال المريض مع السلوك يشجعه المعالج على تمثل أو رفض هذا السلوك، وبذلك يجرى المساعدة على الاختيار والنمو من خلال التنظيم العضوى.

ويكون التركيز فى العلاج الجشطالتى على الوعى المباشر الحالى لخبرة الشخص الذاتية ولايسمح فى العلاج بالتفسيرات العقلية (المعرفية Cognitive) للأسباب أو الأعراض، فهذه أمور يرفضها العلاج الجشطالتى (محمد المنشاوى، ١٩٩٤: ٣١٠).

ويعتبر العلاج الجشطالتى هو الشكل الآخر من العلاجات الإنسانية، الذى ابتُكر بواسطة فردريك وبيرلز Frederick & Perls. فلقد كان «بيرلز» متأثراً إلى حد كبير بعلم النفس الجشطلتى، حيث أكد علماء نفس الجشطلت فكرة أن الناس ينظمون بنشاط رأيهم عن العالم، وإعتقد «بيرلز» مايلى :

١ - يخلق الناس رؤيتهم الخاصة عن الحقيقة.

٢ - يستمر النمو النفسى الطبيعى للناس فقط طالما يدركون ويبقون على وعى ويعملون وفقاً لمشاعرهم الحقيقية .

ويرى «بيرلز» أن النمو يتوقف وتظهر الأعراض حينما يكون الناس غير واعين بكل نواحى أنفسهم (Perls et al., 1951) .

الاختلاف بين العلاج الجشطالتى وطرق العلاج الأخرى :

يشير (محمد الطيب، ١٩٨١:٣، ٥) إلى أن الاختلاف بين العلاج الجشطالتى ومعظم أنماط العلاج النفسى الأخرى يكمن بصفة جوهرية، فى أن المعالج الجشطالتى لايقوم بتحليل نفسى للمريض، ولكنه يعمل على تحقيق عملية التكامل. ويحاول أن يتحاشى الخلط بين الفهم من ناحية والتوصل إلى التفسيرات من ناحية أخرى .

كما أن العلاج الجشطالتى منهج وجود، مما يعنى أن المعالج الجشطالتى لايتناول الأعراض أو بنية الشخصية فحسب، وإنما يتخطى هذا الوجود الشامل للشخص، وفى رأى «بيرلز»، فإن هذا الوجود، ومشكلات هذا الوجود، تتبدى فى جلاء بالغ فى الأحلام.

وفى العلاج الجشطالتى، لايقوم المعالج بتأويل الأحلام، ولكنه يقوم بما هو أكثر تشويقاً من ذلك، فبدلاً من تحليل الحلم، والاستطراد فى تجربته، فإنه يعمل على إعادته إلى الحياة. والسبيل إلى إعادته إلى الحياة، هو أن يعيشه الشخص مرة أخرى، كما لو كان حادثاً الآن. فالحلم فرصة ممتازة لمعرفة الثقوب الموجودة فى الشخصية. وتتبدى هذه الثقوب فى صورة فراغات أو أجزاء خالية تذهب بتكامل السياق، وعند إقترابك من هذه الثقوب، يعتريك الإرتباك أو

... هناك تجد خبرة مرعبة، والتوقع الذى مؤداه: «لو إقتربت من هذا ... كارثة. سأتحول إلى عدم» .

... العلاج الجشطالتى :

يذهب هارمان (Harman, 1988: 220) إلى أن الوعى Awareness والاتصال Contact هما الهدفان الرئيسيين للعلاج الجشطالتى فضلاً عن أهداف أخرى مثل التكامل والنضج والمسئولية والصدق والتنظيم الذاتى وتغير ... ويمكن إدراج الأهداف الأخرى نفسها تحت هدفى الوعى والاتصال. فمن ... الوعى، يعرف الشخص إذا كان مسئولاً أو صادقاً، أو إذا كان الفرد على ... بإحساساته، إلخ. فبدون الوعى والاتصال سوف ننقاد إلى الاعتقاد بأننا ... نعتقد أننا نفعله. وتنطبق هذه الأهداف على العلاج الفردى وعلى علاج ... فى جماعة، وذلك لأن العلاج الجشطالتى يهتم بالأفراد فى جماعة وليس ... فى حد ذاتها، ولايعتدى على تكامل الفرد بقصد تحقيق هدف جماعى ... ذاتى .

ويعرف بيرلز (١٩٥١) الوعى بأنه «الإحساس التلقائى بما ينشأ فينا، ... نفعله، ونشعر به، ونخطط له». فحين يكون الناس واعين فإنهم يعرفون ... يفعلونه .

وتوجد مستويات عديدة للوعى، هى :

١ - الوعى بالحالة الانفعالية، فنشعر بالحزن أو الفرح أو الحب... إلخ .

٢ - الوعى بالحالة البدنية ، وفى هذا المستوى قد تشعر بالتوتر والشد وعدم الراحة البدنية أو عدم الإحساس باللذة .

٣ - الوعى بما هو فى البيئة باستخدام حواسنا الخمس .

ويعرف «بيرلز» الاتصال بأنه «الوعي بما يمكن تمثله (إستيعابه) والسلوك نحوه، ونبذ الجديد غير القابل للتمثل». وأنه خلال الاتصال يُستخدم النظر والسمع واللمس والكلام والحركة والشم والتذوق، وهي: كلها مكونات حسية/ حركية يُستخدم كلاً منها منفرداً أو يُستخدم أكثر من مكون في نفس الوقت. ويشتمل الاتصال على الاعتراف بوجود الآخرين المتواجدين معنا وتقديرهم ومواجهتهم بنجاح .

وفي الاتصال بالآخرين، نعني ماهو «أنا» وماهو «ليس أنا» أو «أنت». وحين نستطيع الاحتفاظ بوعينا بالحدود التي تفصل بين «أنا» و«أنت»، تصبح الاستثارة ممكنة، ويصبح النمو ممكناً.

ويهتم العلاج الجشطالتي بكيفية اتصال المرضى كل منهم بالآخر، أو كيفية تجنب كل منهم للآخر، كل ذلك في دورة هي الوعي - الإثارة - الاتصال - ويمر الشخص فيها في مراحل، هي: (١) الانسحاب، (٢)الإحساس، (٣) الوعي، (٤) تعبئة الطاقة، (٥) الفعل، (٦)الاتصال، (٧) الانسحاب. فمثلاً، قد يكون مريض ذكر في الجماعة منشغلاً مع المعالج في مشكلة ترتبط ببرود أمه نحوه، بينما تشاهد مريضة أنثى أخرى ذلك، فتحس بدفء في صدرها ووخز في ذراعيها، فيربط بين إحساسها بالدفء والوخز وبين الرغبة في الأمومة والاتصال بالمريض الآخر بطريقة ما. ونتيجة للإحساس بالتعبير الكامل، يمكن أن تستمر في القيام بدورها بوصفها مشاركة في عمل المريض، ومن ثم يمكن استئناف العلاج (Harman, 1988) .

تقنيات العلاج الجشطالتي:

أشار (محمد الشناوي، ١٩٩٤) إلى أنه توجد مجموعة من الأساليب العلاجية التي يشتمل عليها العلاج الجشطالتي والتي يمكن إستخدام بعضها في العملية العلاجية، وسوف نعرض أكثر هذه الأساليب استخداماً.

الوعي بـ «هنا - والآن» :

... إن الشعار الأساسي في العلاج الجشطالتي هو «أنا وأنت»، «هناوالآن»، ... «الآن» هو نقطة الصفر بين الماضي والمستقبل، حيث لايوجد أي منهما في الوجود فقط هو «الآن»، والشخص العصابي ليس شخصاً لديه مشكلة في الماضي وإنما هو لديه مشكلة الآن، والتي قد تكون - أيضاً - مشكلة من ...، والماضي يؤثر في السلوك فقط على النحو الذي نراه في الحاضر .

... ويجب على المعالج أن يكرر العبارة الأساسية «الآن أنا واع» والمطلوب التعبير في الزمن الحاضر ومن الممكن أن يسأل المعالج المريض «ماذا تعني ...» «أين أنت الآن؟» «ماذا ترى الآن؟» «ماذا تحس الآن؟» «ماذا تفعل ...» «ماهو لون الثوب الذي عليك الآن؟»، «هل أنت واع بما تفعله بيدك ...». إلخ .

أسلوب المقعد الخالي :

... يعتبر أسلوب المقعد الخالي من أوسع الأساليب الجشطالتية إستخداماً، ... أسلوب لتسهيل المحاورة بين المريض والآخرين وبين أجزاء من شخصية ... . وعادة فإن هذا الأسلوب يستخدم في العلاج الجماعي حيث يوضع مقعدان كل منهما يواجه الآخر، أحدهما يمثل المريض والثاني يمثل شخصاً آخر، وعندما يقوم المريض بتغيير دوره فإنه ينتقل إلى المقعد الثاني.

ويقوم المعالج بمراقبة الحوار وهو يمضي، أو قد يرشد المريض إلى تغيير المقعد عند الحاجة لذلك، ويقترح العبارات التي يقولها المريض أو يلفت إنتباه المريض إلى ماقاله أو إلى كيف قاله أو يطلب منه الانفعالات والصراعات، كما أن السدود قد تظهر وأيضاً تظهر الانفعالات والصراعات، كما أن السدود قد

تظهر وأيضاً نجد حلولاً، وقد ينمو الوعى والتكامل بين الاستقطابات أو الأجزاء داخل المريض أو بين المريض وغيره من الناس، أو بين مطالب المريض ومطالب المجتمع أو معايير المجتمع .

وعادة فإن أسلوب المقعد الخالى يُستخدم فى مواقف العلاج الجماعى حيث يعمل المعالج مع عضو الجماعة فى إطار، واحد - لواحد، حيث يجلس العضو الذى يعمل معه المعالج على المقعد الساخن ويواجه المقعد الخالى أمام باقى أعضاء الجماعة العلاجية .

٣ - الحوارات الخاصة بلعب الدور :

لقد صُممت هذه الحوارات الخاصة بهدف رفع الوعى بصراعات نفسية هامة لدى المريض. وقد يُطلب من العميل أن يتلفظ بحديث بين الأجزاء المتعارضة من الذات. وقد يتحدث الجانب الطموح المتنافس من الذات مع الجانب الذى تنقصه الثقة. وعلى كل جانب أن يعبر عن نفسه بقوة، كما لو كان يتجادل مع الآخر وخارج مثل هذه الحوارات الخاصة بلعب الدور قد يبزغ تكامل لقوى معارضة، إحداها أسلم نفسياً من أية من القوى الأولية .

وقد يُطلب من العميل - أيضاً - أن ينغمس فى حوار مع شخص ما دال إنفعالياً لايكون موجوداً فى الواقع. والهدف هنا هو الاهتمام «بعمل غير منته»، لإحضار قضايا لم تحل مع ذلك الشخص لنوع مامن النهاية.

٤ - تكوين المسئولية لدى المريض :

وهنا يتم تشجيع العميل على استخدام صيغة المخاطب (أنا، خاص بى) والمبنى للمجهول (أنا أكون، أنا أفعل، أنا أشعر) لإظهار أنه يتحمل المسئولية

... والتصرفات. على سبيل المثال، «إنى غاضب» أكثر من «ألا تفكر ... فى أن أكون منزعجاً». وأحياناً أخرى، يُطلب من العملاء أن ... المسئولية بدون اصطلاحات غير مؤكدة. وبعد التعبير عن بعض الحق ... أنفسهم، عليهم أن يضيفوا العبارة المؤكدة «وأتحمل المسئولية لذلك» .

... والمقتطف التالى من جلسة علاجية يوضح عدداً من هذه ... التوجيهات:

...: تونى Toin ، ماالذى تشعر به الآن ؟

...: غضب .

...: فى أى مكان تشعر بهذا الغضب ؟

...: (مشيراً إلى اليدين) هنا، و(مشيراً إلى الصدر) هنا.

...: إستمر فى البقاء مع هذا الشعور، واجعله يتزايد. وقد تحسه على ... أكثر إذا تنفست بعمق فى بطنك، وتجعل صوتاً يخرج حينما تطلق ... زفيراً ...

...: (يتنفس من البطن) أووه، أوووه ! أوووه!

...: ماهى تلك الخبرة ؟

...: الغضب، الاستياء .

المعالج: هل توجه الاستياء إلى شخص معين؟

المريض: أمى، إنى أستاء منك ... من كل شىء يخصك .

المعالج: حدد استياءك .

المريض: أنا... أستاء منك لجعلى أعتمد عليك .

المعالج: تونى، كيف يكن صوتك ؟

المريض: إنه... أنه أنين .

المعالج: هل ستتحكم فى صوتك؟ تتحمل المسئولية ؟

المريض: أنا .. إنى أئن.. إنى أئن .

المعالج: إفعل ذلك. قدم الأنين لأمك، وأشعر بنفسك وأنت تفعل ذلك .

المريض: (صوت أنين، يصل للخارج مع اليدين) أمى... من فضلك... إتركينى أذهب... من فضلك إطلقى سراحى .

التقويم :

تبنى «بيرلز» الإصطلاح الألمانى جشطالت، الذى يعنى «الكل» لأن علاجه يهدف إلى جعل الشخص أكثر تكاملاً أو كلاً نفسياً. وإلى هذا الحد حاول «بيرلز» أن يساعد عملائه على فصل دفاعاتهم القديمة، ويلقوا مشاعرهم المكبوتة، ويزيدوا وعيهم بالذات، ويفتحوا إمكانياتهم المسدودة من أجل النمو. وأكد على الإتصال بمشاعر الفرد المباشرة، والتعبير عنها بأمانة كما يشعر بها، وقبول المسئولية عنها. واستخدم «بيرلز» مجموعة من الاستراتيجيات لتحقيق تلك الأهداف. ومن هذه الاستراتيجيات الوعى «بهنا والآن» وأسلوب المقعد الخالى، والحوارات الخاصة بلعب الدور، وتكوين المسئولية لدى المريض .

ورغم كل ماقدمه العلاج الجشطالتى إلا أنه ركز على الأنا Ego وأهمل الهو Id، ومن هنا يتم تجاهل الرغبات التى إهتم بها التحليل النفسى، والتى يمكن أن تكون مهددة للصحة النفسية. كما أن تدريب المرضى على تحمل المسئولية قد يعنى أن المعالج يتحرر عن المسئولية تجاه المريض - بصفة خاصة - إذا قام المريض بالانتحار. وفضلاً عن ذلك ينظر المعالجون السلوكيون إلى العلاج الجشطالتى على أنه عملية فوضوية حينما يقرر (إفعل ماتريد وأنا أفعل ماأريد). حيث أنه يساعد على نمو النرجسية والتركيز على الذات لدى أولئك المرضى الذين لديهم القليل من المنطق أن يكونوا مهتمين بالآخرين .

ثالثاً العلاجات السلوكية

Behaviourl Therapies

إن أحد المجالات الرئيسية لعلاج الأمراض العقلية يُعرف بالعلاج ...كى. والأفكار الرئيسية هى أن معظم أشكال المرض العقلى تحدث ...يجة لتعليم سوء التكيف Maladaptive learning، وأن أفضل علاج ... من تعلم جديد ملائم أو إعادة التعلم .

وعلى نحو أكثر تحديداً، يعتقد المعالجون السلوكيون أن السلوك الشاذ ...عن طريق الإشتراط، وإنه عن طريق استخدام مبادئ الإشتراط يمكن أن ... الشفاء. وبكلمات أخرى، يقوم العلاج السلوكى على إفتراض أن ...راط الكلاسيكى Classical Conditioning والاشتراط الإجرائى Operant Conditio... يستطيع تغيير سلوك غير مرغوب إلى نموذج أكثر ...ية من السلوك.

... ولفهم الأشكال الخاصة من العلاج التى يؤيدها المعالجون السلوكيون، ...من الضرورى قبل كل شئ وصف بعض عناصر الإشتراط، وبعد ذلك ...الصورة الملائمة من العلاج. وسوف نفعل هذا بالنسبة للإشتراط ...لاسيكى وبعد ذلك بالنسبة للإشتراط الإجرائى .

الإشتراط الكلاسيكى Classical Conditioning

يأتى المثال المعروف على أفضل وجه بسهولة من عمل إيفان بافلوف (Ivan Pavlou, 1849 - 1936) على الكلاب. وتفرز الكلاب (وحيوانات أخرى) اللعاب عادة حينما يوضع الطعام فى أفواهها. ومانحصل عليه هنا هو

- بالاصطلاحات الفنية - فعل منعكس غير متعلم أو غير شرطي unconditional reflex ، يوجد به صلة بين المثير غير الشرطي الخاص بالطعام في الفم والاستجابة غير الشرطية الخاصة بإفراز اللعاب. وإكتشف «بافلوف» أنه كان من الممكن تدريب كلب على إفراز لعاب لمثير محايد تماماً مثل نغمة. وما فعله كان تقديم نغمة (المثير التدريبي) قبل الطعام مباشرة في مناسبات عديدة إلى أن أشارت النغمة على نحو فعال إلى الوصول الوشيك للطعام. وفي النهاية قدم نفس النغمة (مثير الاختبار) وحدها بدون أي طعام ووجد أن النغمة أدت بالكلب إلى أن يفرز لعابه - وباصطلاحات فنية - إكتسب الكلب فعلاً منعكساً شرطياً، كان المثير الشرطي فيه هو النغمة وكانت الاستجابة الشرطية هي إفراز اللعاب.

وقد إكتشف بافلوف خصائص هامة أخرى للاشتراط الكلاسيكي. على سبيل المثال، توجد ظاهرة تعميم المثير، حيث كانت الاستجابة الشرطية الخاصة بإفراز اللعاب أكبر حينما كانت النغمة المقدمة، وحدها (أي، الاختبار) هي بدقة نفسها مثل النغمة التي كانت مقدمة قبل الطعام مباشر.ومع ذلك، كانت استجابة شرطية أصغر لازال يتم الحصول عليها حينما كانت نغمة مختلفة نوعاً مايتم تقديمها. وتشير ظاهرة تعميم المثير إلى حقيقة أن قوة الاستجابة الشرطية تتحدد بالتماثل بين مثير الاختبار ومثير التدريب السابق.

والملمح الأساسي الآخر للاشتراط الكلاسيكي هو ظاهرة **الانطفاء التجريبي** Experimental extinction. فإذا قدم «بافلوف» النغمة وحدها مرات عديدة، إكتشف أن الاستجابة الشرطية الخاصة بإفراز اللعاب إختفت تدريجياً. وباصطلاحات عامة، فإن التقديم المتكرر للمثير الشرطي في غياب المثير غير الشرطي يُزيل الاستجابة الشرطية، ويُعرف هذا بالانطفاء التجريبي.

ولكن ماالذي يحدث في الاشتراط الكلاسيكي؟ من حيث الجوهر، يسمح المثير الشرطي (على سبيل المثال، نغمة) للكلب بالتنبؤ بأن المثير غير الشرطي على وشك أن يُقدم. وبكلمات أخرى، تُقدم النغمة إشارة واضحة بأن الطعام على وشك أن يصل، وبهذا ينتج تأثيراً (أي إفراز اللعاب) يماثل التأثير المنتج بواسطة الطعام نفسه. ويحدث الانطفاء التجريبي أو اختفاء الاستجابة الشرطية حينما لم يعد المثير الشرطي ينبئ بالتقديم المباشر للمثير غير الشرطي.

لماذا يكون الاشتراط الكلاسيكي ذا علاقة ممكنة بفهم المرض النفسي؟ فطبقاً للمعالجين السلوكيين، يلعب الاشتراط الكلاسيكي دوراً أساسياً في تطوير حالات كثيرة من المرض العقلي، على سبيل المثال، خذ في الاعتبار المرضى الذين يعانون من الرهاب Phobia (أي، خوف معين غير عقلاني نسبياً). فخبرة السقوط على إحدى درجات السلم والإصابة الشديدة أدت بمريض وصفه ماركس (Marks, 1969) إلى أن ينمي رهاب الأماكن المرتفعة. وعن طريق عملية تصميم المثير، أصبحت الأماكن المرتفعة لهذا المريض مثيرات شرطية أثارت استجابة خوف شرطية.

وقد ركز المعالجون السلوكيون بشدة على المرضى (مثل الرهابيين) الذين إكتسبوا مخاوفاً أو أشكالاً من القلق. ويفترض أن هذه المخاوف تُكتسب عن طريق الاشتراط الكلاسيكي الذي يربط فيه مثير محايد بمثير مؤلم أو غير سار، على سبيل المثال، خذ في الاعتبار دراسة شهيرة بواسطة واطسون وراينار (Watson & Rayner, 1920). ولد صغير كان يحب الأرانب وتعلم أن يخاف منها حينما قُدم أرنب بشكل متكرر مباشرة قبل سماع ضوضاء مرتفعة. لقد عمل الأرنب هنا كالمثير الشرطي والضوضاء المرتفعة كالمثير غير الشرطي، وأتى المثير الشرطي ليستثير الخوف الناتج من الضوضاء المرتفعة.

الاشتراط الإجرائي: Operant Conditioning

يقدم أفضل مثال معروف عن الاشتراط الإجرائي عن طريق ب. إف. سكينر (Skinner, 1904-1990) . لقد كان واضعاً فأراً جائعاً في صندوق صغير (غالباً مايشار إليه كصندوق سكينر) الذي يحتوي على رافعة. وعندما ضغط الفأر على الرافعة، أدى هذا إلى تقديم كرة طعام. وتعلم الفأر تدريجياً أن الطعام يمكن الحصول عليه عن طريق ضغط الرافعة، وانغمس بذلك أكثر وأكثر في ضغط الرافعة .

ويعتبر ضغط الرافعة هو مثال لما سماه سكينر «إجراءات» Operants – استجابات تؤثر على البيئة لإنتاج تغير يؤدي إلى مكافأة. وطبقاً لسكينر، يوجد مبدأ حاسم في التعلم هو قانون التدعيم» Rinforcement : إحتمال حدوث زيادة في الاستجابة إذا تُبعت تلك الاستجابة بدعم إيجابي أو مكافأة إيجابية (على سبيل المثال، الطعام). وعلى النقيض إحتمال نقص الاستجابة إذا لم تُتبع بدعم إيجابي، وتُعرف هذه الظاهرة بالانطفاء التجريبي .

وقد إكتشف «سكينر وزملاؤه» خصائص إضافية عديدة للاشتراط الإجرائي. على سبيل المثال، بدلاً من تقديم تدعيم بعد كل استجابة، فمن الممكن مكافأة أو تدعيم بعض الاستجابات، ويُعرف هذا بالتدعيم الجزئي Partial renforcement. وتوجد مجموعة متنوعة عديدة أو قوائم خاصة بالتدعيم الجزئي. وهي تشمل قوائم ذات نسب ثابتة، يكون فيها عدد ثابت معين من الاستجابات يجب أن يُعمل من أجل حدوث التدعيم (على سبيل المثال، كل استجابة عاشرة تُتبع بتدعيم) وقوائم ذات نسب متغيرة، فيها تحدث المكافآت في المتوسط بعد عدد معين من الاستجابات، ولكن العدد الفعلي

لي نحو غير منهجي حول ذلك العدد المتوسط (على سبيل المثال، على [illegible] تكافئ كل استجابة عاشرة، ولكن المكافأة قد تُتبع أي شيء بين [illegible]جابة الأولى والتاسعة عشر) .

وأحد ملامح الاشتراط الإجرائي هو أن الاستجابة المطلوبة يجب أن تتم [illegible] أن تُدعم. ولكن كيف نستطيع حينئذ أن نشرط حيواناً لإنتاج [illegible]ابة معقدة لن تُعمل على نحو طبيعي؟ والإجابة هنا تكون عن [illegible] التشكيل أو طريقة التقريبات المتتابعة. على سبيل المثال، إفترض أننا [illegible] أن نعلم الحمام أن يلعب تنس الطاولة Table Tennis. ففي البداية ستتم [illegible]تهم على عمل أي اتصال بكرة تنس الطاولة. وبالتالي، ستحتاج [illegible]هم أن تتطابق بدقة أكثر وأكثر مع تلك المتضمنة في لعب تنس الطاولة [illegible]ل أن يكافئوا. وبهذه الوسيلة، عمل سكينر في الواقع على إقناع [illegible]ين على القيام بلعبة تنس الطاولة بشكل دال .

تقنيات تعديل السلوك

Techniques for Modifying Behavior

إن بعض تقنيات العلاج السلوكي الأكثر أهمية والمستخدمة على نحو [illegible]ع هي التحصين المنهجي، والانطفاء، والاشتراط المنفر، والعقاب.

وفيمايلي سوف نلقي بعض الضوء على كل منها:

التحصين المنهجي Systematic Desensitization

غالباً مايستخدم العلاج السلوكي التحصين المنهجي لمساعدة العملاء على التعامل مع الرهابات والأشكال الأخرى من القلق غير المنطقي. وقد إبتكر

هذا الأسلوب بواسطة جوزيف وولبى (Wolpe, 1982). والتحصين المنهجى هو طريقة يرى فيها العميل سلسلة من المثيرات التى تسبب القلق فى حين يتم الإبقاء على حالة من الإسترخاء. وقد إعتقد «وولبى» أن هذه العملية تُضعف الإرتباط المتعلم القلق والمثير الذى يسبب الخوف إلى حد أن الخوف قد يختفى.

وفى البداية رتب «وولبى» للعملاء أن يفعلوا شيئاً ما غير متسق مع كونهم خائفين. وغالباً ما إستخدم تدريباً على إسترخاء تدريجى لمنع القلق. وبعد ذلك، أثناء الإسترخاء، يطلب من العميل أن يتخيل بنداً من مدرج القلق أو سياق من مواقف تثير الخوف. وسوف يعمل العميل خلال مدرج الحساسية على نحو تدريجى، متخيلاً منظراً أكثر صعوبة من الموقف السابق الذى مر بدون كرب. وقد وجد «وولبى» أنه بمجرد إستطاعة العملاء أن يتخيلوا بهدوء كونهم فى مواقف مخيفة، فإنهم يكونوا قادرين على نحو أفضل للتعامل معها فيما بعد. وقد يكون التحصين المنهجى فعالاً بصفة خاصة إذا ما واجه العملاء فعلا- أكثر من التخيل ببساطة- المثيرات التى تسبب الخوف فى مدرج الخوف (Chambless, 1990) ولكن هذا التعرض للمثيرات الواقعية أو التحكم أثناء عرضها ليس سهلاً، وبصفة خاصة حينما يتضمن مثير الخوف السفر جواً أو بحراً أو القيادة فى طريق عام. ومن ذلك، فحديثاً وُجد تكنيك يعرف بإسم التعرض المتدرج لحقيقة واقعية. وفى هذا التكنيك قد يكون الأمر ممكناً لأن يخبر العملاء إلى أقصى حد صوراً ساطعة ومكثفة بشكل أكثر تدرجاً من مواقف مخيفة بدون التعرض لها واقعياً. ففى إحدى الدراسات، وقف عملاء مصابون برهاب الأماكن المرتفعة على رصيف محاط بسكة حديدية وهم يضعون على الرأس جهاز عرض بصرى. وقد أعطت الصورة المقدمة على جهاز العرض ذى الحقيقة الواقعية إنطباعاً بالوقوف على تناطر فوق الماء كانت تتراوح من

[...]سانية متراً، على شرفات فى الهواء الطلق بإرتفاعات متزايدة، أو [...]ى إرتفع إلى تسعة وأربعين طابقاً (Rothbaum et al., 1995). وقد [...] نفس التكنيكات بنجاح فى علاج رهاب العنكبوت (Carlin et [...]al.).

[...] نحو الدقة، فإن السبب فى نجاح التحصين المنهجى ليس واضحاً. [...]ليدى، إعتقد الإكلينيكيون أن التغير يحدث بسبب عمليات تعلم [...] إما من خلال الاشتراط الكلاسيكى لاستجابات جديدة هادئة للمثير [...]لخوف أو من خلال الإنطفاء، لأن الموضوع أو الموقف الذى قد كان [...]لياً للخوف يحدث بشكل متكرر بدون إستجابات مؤلمة (Rachman, [...] كما توجد تفسيرات أكثر حداثة تؤكد على أن التحصين المنهجى [...]لك عمليات معرفية للعملاء، تشمل توقعاتهم التى يمكن أن تتعامل [...]جاح مع المواقف المخيفة سابقاً (Kehoe & Macrae, 1998).

[...]:Modeling

[...]البا مايُعلم المعالجون العملاء السلوكيات المرغوبة بإيضاح تلك [...]وكيات. ففى النمذجة، يراقب العملاء الناس الآخرين الذين يؤدون [...]ات مرغوبة، وبذلك يتعلمون بطريقة بديلة مهارات التعلم بدون الدخول [...] عملية تشكيل طويلة. ففى علاج الخوف، يمكن للنمذجة تعليم العميل كيف [...]تجيب دون خوف. على سبيل المثال، بين أحد المعالجين لطالبة تبلغ من [...]مر أربعة وعشرين عاماً مصابه بفوبيا العنكبوت كيف تقتله بأداة لطرد [...]اب، وجعلها تمارس هذا القتل بالمنزل من خلال أداة مطاطية (McDonald & Bernstein, 19[...]. وتسمى إمتزاج النمذجة الحية مع الممارسة التدريجية،

بالنمذجة المشاركة Participant Modeling، وهو أحد العلاجات الأكثر قوة للخوف.

والنمذجة هى كذلك جزء رئيسى من التدريب التوكيدى Assertiveness training والتدريب على المهارات الإجتماعية social Skills training، التى تعلم العملاء كيفية التفاعل مع الناس بشكل أكثر راحة وفاعلية. وتتراوح أهداف التدريب على المهارات الإجتماعية من مساعدة طلاب الكليات المصابين بالرهابات الإجتماعية Social Phobias على عمل محادثة فى التواريخ وحتى إعادة بناء قدرة المرضى العقليين على التفاعل بطريقة سوية خارج المستشفى (Trower, 1995). وفى التدريب التوكيدى، يساعد المعالج العملاء على تعلم أن يكونوا أكثر مباشرة وتعبيراً فى المواقف الإجتماعية (لاحظ أن التوكيدية لا تعنى العدوانية، بل إنها تعنى التعبير بوضوح وبشكل مباشر عن كل من المشاعر الإيجابية والسلبية والدفاع عن حقوق الفرد مع إحترام حقوق الآخرين كذلك) (Alberti & Emmons, 1986). وغالباً مايتم التدريب التوكيدى فى جماعات، ويتضمن كلاً من النمذجة ولعب دور خاص بمواقف معينة. وفى أحد البرامج، قد ساعد التدريب التوكيدى مجموعة من الراشدين المربوطين فى كرسى متحرك على أن يكونوا أكثر راحة فى تناول مواقف صعبة إجتماعياً يجدون أنفسهم فيها أحياناً (Gleukauf & Quittner, 1992)

التدعيم الإيجابى Postive Reinforcement:

يستخدم المعالجون السلوكيون كذلك التدعيم الإيجابى المنهجى لتغيير السلوكيات المشكلة ولتعليم مهارات جديدة فى حالات تندرج من صدمات

...وجناح الأحداث إلى الفصام. وتُستخدم مبادىء الإشتراط الإجرائى ...يد احتمالات أو قواعد تحدد السلوكيات وتقويتها من خلال ...ميم. ففى إحدى الدراسات، أعطى أطفال توحديين Autistic Chil... – لديهم بشكل نمطى لغة قليلة للغاية- عنب وفيشار أو بنود ...ى أحبوها فى مقابل قولهم «من فضلك»، «شكراً لك»، «مرحباً بك» وهم ...بادلون الأقلام والمكعبات مع معالج. وفى النهاية صاغ المعالج السلوك ...لاجى بأن يقول الكلمات المناسبة. وبدأ الأطفال مباشرة يتمتموا العبارات ...يا. وتتضمن النتائج العامة للموقف لعباً أخرى؛ واستمرت المهارات ...لة واضحة لمدة ستة شهور (Matson et al.,1990)

...وبالنسبة للمتخلفين بشدة أو العملاء المضطربين والمودعين بالمؤسسات، ...ن المعالجون السلوكيون أحياناً إقتصاداً رمزياً ونموذجاً بتدعيم سلوكيات ...وبة برقائق البوكر Poker chips وعملات أخرى يمكن إستبدالها ...ها بعد بوجبات خفيفة أو مكافآتحمرغوبه أخرى (Paul & Lentz, 19... . والهدف من هذا هو تشكيل نماذج السلوك التى سوف تستمر خارج ...سة (Paul, 2000).

الإنطفاء Extinctions:

كما هو الحال تماما فى إستخدام التدعيم للقيام بسلوكيات مرغوبة بشكل أكثر إحتمالاً فى الحدوث، فإن تقنيات سلوكية أخرى يمكن أن تجعل سلوكيات غير مرغوبة أقل إحتمالاً فى الحدوث. ففى الإشتراط الإجرائى، يكون الإنطفاء بمثابة عملية سحب التدعيمات التى تلى عادة الإستجابة الخاصة. وإذا حدث أن توقفت تماماً عن محادثة شخص ما تليفونياً لأن خطه قد كان

مشغولاً ساعات، فإنك تعرف كيف يعمل الإنطفاء. حينما لايؤدى سلوك إلى الربح، فإن الناس عادة ماتتوقف عنه. ويغير الإنطفاء السلوك ببطء نوعاً ما، ولكنه قد كان طريقة مألوفة لمعالجة الأطفال والراشدين المضطربين بشدة أو المتخلفين لأنه يقدم طريقة لإستئصال سلوكيات غير مرغوب فيها.

ويوجد تطبيق آخر للإنطفاء من خلال الغمر Flooding، وهو إجراء يُبقى بالناس فى موقف مخيف دون أذى، ويحرمهم من الهروب المكافىء عادة (Barlow, 1988)(يسمى الغمر والطرق المتعلقة القائمة على الإنطفاء الخاص باستجابات خوف الإشتراط الكلاسيكى بتقنيات التعرض Exposure techniques). فحينما يبقى شخص معين فى إتصال بمثير شرطى يسبب الخوف (ضفدعة مثلا) بدون أن يخبر الألم أو الإصابة، فإن قوة مثير الخوف الشرطى تختفى فى النهاية، وبالتالى تنطفىء إستجابة الخوف الشرطية. ففى إحدى الدراسات، أعطى العملاء الذين يخافون من الإبر عرضاً ممتداً للمنظر والشعور بالإبر، الذى تضمن شكات معتدلة للأصابع وحقن بدون أذى وأخذ عينات من الدم (Ost et al., 1992). وبعد جلسة من ساعتين، تم أخذ عينة دم مسحوبة بدون خبرة قلق جوهرية لدى تسعة عشر من عشرين عميلاً. وظلت هذه التأثيرات عند التقويم لمدة سنة.

ومع أن طريقة الغمر هى طريقة فعالة بدرجة مرتفعة فى الغالب، إلا أن الغمر مكافىء لتعريض العميل الخائف بشكل مباشر للبند المجلب إلى أقصى درجة للأسى على مدرج التحصين المنهجى. ولذلك، فإن بعض المعالجين والعملاء يفضلون طرق تعرض أكثر تدريجية، وبصفة خاصة فى حالات الأماكن الواسعة والمشاكل الأخرى التى يكون فيها خوف العميل غير مركز على مثير معين (Hecker & Thorpe, 1992). ففى التعامل مع الخوف من الأماكن

لى سبيل المثال- قد يقدم المعالج تعرضاً تدريجياً بمراقبة العميل
المنزل لفترات متزايدة وفى النهاية الغمر داخل الأسواق والأماكن
العجنبة سابقاً (Zurcher-White,1997)ويمكن أن يمارس العملاء
طرق تعرض بشكل تدريجى. ويمكن أن تقدم لهم تعليمات. على سبيل
يمكن قضاء وقت أكثر قليلاً كل يوم وأنتم ناظرين إلى صور خاصة
الحيوانات المخيفة أو قضاء بعض الوقت جالسين وحدهم فى حجرة إنتظار
أسنان أو حجرة عمليات. وفى إحدى الدراسات، حقق عملاء يعانون من
متنوعة تقدماً كثيراً بعد ست ساعات من التعليمات بطرق تعرض
تدريجى وذاتى ومن خلال تدريبات (واجب منزلى) يومياً كما
لك الذين تلقوا تسع ساعات إضافية من تعرض تدريجى بمساعدة المعالج
(Alkubaisy et al., وقد كان العلاج الذاتى الفعال الذى
دم تعرضاً تدريجياً مقرراً فى حالات من اضطراب الهلع
(Hecker et al., واضطراب الوسواس القهرى (Fritzler et al.,

اط المنفر Aversive Conditioning:

كثير من السلوكيات غير المرغوب فيها تكون معتادة وثابتة مؤقتاً
ة أنها يجب أن تكون أقل جاذبية إذا كان أمام العميل أية فرصة لبدائل
همة أخرى. وتُعرف الطرق الخاصة بتقليل جاذبية مثيرات معينة بالاشتراط
فر، لأنها تستخدم مبادىء الإشتراط الكلاسيكى لربط الأسى البدنى أو
نفسى بالسلوكيات وبالأفكات أو بالمواقف التى يرغب العميل فى إيقافها أو
نبها.

وتسمى أحد أشكال الإشتراط المنفر بالتحصين الكامن Covert sensitization، التى تعمل بطريقة عكس التحصين المنهجى. ويرى العميل بداية المثير أو الموقف الذى يعمل بشكل أقل جاذبية وبعد ذلك يتم تعريضه لمثيرات مرعبة أو باعثة على الإشمئزاز. على سبيل المثال، كان التحصين الكامن يُستخدم لعلاج رجل قبض عليه مراراً لعمل مكالمات تليفونية فاحشة. وعند تخيل عمل مكالمة فاحشة، سمع العميل وصفاً واضحاً لمخاوفه العظيمة: الثعابين، والقىء والاختناق. وفى النهاية طُلب منه أن يتخيل أمه تدخل عليه خلال مكالمة. وبعد شهر من العلاج لم يعد يستثار جنسياً عن طريق أفكار خاصة بعمل مكالمات فاحشة. وحتى بعد عامين لازال متوقفاً عن أية مكالمات فاحشة (Moergen et al., 1990)

العقاب Punishment:

أحياناً تكون الطريقة الوحيدة لاستئصال سلوك خطير أو غير متسق هى العقاب بمثير غير سار ولكنه مؤذياً، مثل الصياح (لا) أو صدمة كهربائية خفيفة. وعلى خلاف الإشتراط المنفر، الذى يقدم فيه مثير غير سار يحدث متوازياً مع السلوك الذى نريد إستئصاله (مجال الإشتراط الكلاسيكى). والعقاب هو أحد تقنيات الإشتراط الإجرائى، حيث يظهر المثير غير السار بعد أن تحدث الإستجابة غير المرغوب فيها (ورغم أن العقاب واضح تكنيكياً، إلا أن الطريقتين تتداخلان). وقبل أن يستخدم المعالجون السلوكيون العقاب (على سبيل المثال، صدمة كهربائية ممكنة) مع عملاء خارج المؤسسات- أطفال أو راشدون مصابون- يجب أن يأخذوا فى الاعتبار خطوطاً إرشادية معينة قائمة على إعتبارات شرعية ومهنية. ومن هذه الاعتبارات مايلى: هل حياة العميل

...ـون العلاج؟ هل فشلت جميع الطرق الأخرى؟ هل وافقت لجنة آداب ... تلك الإجراءات بعد العرض عليها؟ وهل وافق العميل أو قريب ... على العلاج؟ (Kazdin, 1994).

التحليل الوظيفى للعلاج السلوكى

...العلاج السلوكى هو عبارة عن شخصان جالسان فى مكتب يتحدثان مع ... الآخر. أحدهما عميل لديه مشاكل تحدث فى الحياة اليومية. والعميل ... خارجى يأتى متطوعاً للجلسة ويدفع لوقت المعالج، والشخص الآخر ... الذى لايلاحظ العميل خارج الجلسة ولايتحكم فى الإحتمالات ... فى حياة العميل اليومية. ومهمة المعالج هى مساعدة العميل للعمل ... تؤثر على نحو مفضل فى سلوك الحياة اليومية. ويُعرف الموقف كعلاج ... خارجى لراشد.

...يتطلب التحليل الوظيفى للعلاج السلوكى أن نفسر للعميل والمعالج ... يعملوه خلال الجلسة وكذلك كيف أن هذه النشاطات تساعد العميل فى ... اليومية.

...ماذا يفعل المعالج والعميل؟

...يتكون العلاج السلوكى النمطى من طلب العميل لمساعدة خاصة لنمط ... من المشاكل، ويعمل المعالج تقييماً وعلاجاً، ويتفاعل العميل مع مايعمله ... ويحدث قدراً من العطاء والأخذ فى العملية العلاجية، ويُعرف المسعى ... بإعتباره التفاعل بين العميل والمعالج.

...ويبدأ العلاج السلوكى لمريض خارجى راشد مع العميل الذى يبادر ... ، والذى يشمل قراراً بالسعى إلى العلاج، وإنتقاء معالج، وتقديم

وتسمى أحد أشكال الإشتراط المنفر بالتحصين الكامن Covert sensitization، التى تعمل بطريقة عكس التحصين المنهجي. ويرى العميل بداية المثير أو الموقف الذى يعمل بشكل أقل جاذبية وبعد ذلك يتم تعريضه لمثيرات مرعبة أو باعثة على الإشمئزاز. على سبيل المثال، كان التحصين الكامن يُستخدم لعلاج رجل قبض عليه مراراً لعمل مكالمات تليفونية فاحشة. وعند تخيل عمل مكالمة فاحشة، سمع العميل وصفاً واضحاً لمخاوفه العظيمة: الثعابين، والقيء والاختناق. وفى النهاية طلب منه أن يتخيل أمه تدخل عليه خلال مكالمة. وبعد شهر من العلاج لم يعد يستثار جنسياً عن طريق أفكار خاصة بعمل مكالمات فاحشة. وحتى بعد عامين لازال متوقفاً عن أية مكالمات فاحشة (Moergen et al., 1990)

العقاب Punishment :

أحياناً تكون الطريقة الوحيدة لاستئصال سلوك خطير أو غير متسق هى العقاب بمثير غير سار ولكنه مؤذياً، مثل الصياح (لا) أو صدمة كهربائية خفيفة. وعلى خلاف الإشتراط المنفر، الذى يقدم فيه مثير غير سار يحدث متوازياً مع السلوك الذى نريد إستئصاله (مجال الإشتراط الكلاسيكى). والعقاب هو أحد تقنيات الإشتراط الإجرائى، حيث يظهر المثير غير السار بعد أن تحدث الإستجابة غير المرغوب فيها (ورغم أن العقاب واضح تكتيكياً، إلا أن الطريقتين تتداخلان). وقبل أن يستخدم المعالجون السلوكيون العقاب (على سبيل المثال، صدمة كهربائية ممكنة) مع عملاء خارج المؤسسات- أطفال أو راشدون مصابون- يجب أن يأخذوا فى الاعتبار خطوطاً إرشادية معينة قائمة على إعتبارات شرعية ومهنية. ومن هذه الاعتبارات مايلى: هل حياة العميل

يدون العلاج؟ هل فشلت جميع الطرق الأخرى؟ هل وافقت لجنة آداب لى تلك الإجراءات بعد العرض عليها؟ وهل وافق العميل أو قريب ه على العلاج؟ (Kazdin, 1994).

التحليل الوظيفى للعلاج السلوكى

العلاج السلوكى هو عبارة عن شخصان جالسان فى مكتب يتحدثان مع ما الآخر. أحدهما عميل لديه مشاكل تحدث فى الحياة اليومية. والعميل يض خارجى يأتى متطوعاً للجلسة ويدفع لوقت المعالج، والشخص الآخر عالج الذى لايلاحظ العميل خارج الجلسة ولايتحكم فى الإحتمالات رة فى حياة العميل اليومية. ومهمة المعالج هى مساعدة العميل للعمل ة تؤثر على نحو مفضل فى سلوك الحياة اليومية. ويُعرف الموقف كعلاج ى خارجى لراشد.

ويتطلب التحليل الوظيفى للعلاج السلوكى أن نفسر للعميل والمعالج مايعملوه خلال الجلسة وكذلك كيف أن هذه النشاطات تساعد العميل فى ه اليومية.

ماذا يفعل المعالج والعميل؟

يتكون العلاج السلوكى النمطى من طلب العميل لمساعدة خاصة لنمط معين من المشاكل، ويعمل المعالج تقييماً وعلاجاً، ويتفاعل العميل مع مايعمله المعالج. ويحدث قدراً من العطاء والأخذ فى العملية العلاجية، ويُعرف المسعى الكلى بإعتباره التفاعل بين العميل والمعالج.

ويبدأ العلاج السلوكى لمريض خارجى راشد مع العميل الذى يبادر العلاج، والذى يشمل قراراً بالسعى إلى العلاج، وإنتقاء معالج، وتقديم

مـشكلة، وطلب مـسـاعـدة. وسـوف نركـز تحليلنا على «طلب المساعدة» Asking for help، ولكن يمكن أن نسـتـخدم على قدر متساو أى ناحية أخرى للعميل الذى يبادر بالعلاج. وتحليلنا بطلب المساعدة سوف يصلح كذلك لتوضيح بعض المضمونات العامة الخاصة بتحليل وظيفى.

[illegible]

يحضر عميلاً لطلب المساعدة. أى، يرى «طلب المساعدة» نفسه كسلوك يحتاج إلى أن يُفسر. ومن المحتمل أنه توجد أنواع كثيرة مختلفة من تواريخ العميل المتعلقة «بطلب المساعدة» كما يوجد عملاء. وسوف نصف أنماطاً عديدة تصلح لتوضيح المضمونات الخاصة بتحليلنا. وبالنسبة لكل من هذه الحالات، نستطيع أن نزعم أنه توجد مشاكل يومية تجلب الأسى.

أولا: يوجد عـمـلاء لديهم «طلب مـسـاعـدة» بالنسبة لمشكلة خاصة فى الماضى، قد كان مدعماً حقيقة المساعدة بشأن تلك المشاكل. ومن المحتمل أن هذا التاريخ تضمن خبرات الطفولة مع الوالدين الذين كانوا جيدين في تقديم المساعدة كلما طُلبت، وفيما بعد، خبرات مماثلة مع الأطباء، ورجال الدين، والأصدقاء يمكن أن تكون متعلقة كذلك. وفى «طلب المساعدة» يعمل العملاء تجاه المعالج السلوكى بطريقة تشبه علاقات ماضية مماثلة، إنه تفاعل اجتماعى ومظهر للعلاقة بين المعالج والعميل. وسوف نطلق على هذا النمط من التاريخ «**تاريخ القيمة السطحية**» Face Value histor.

ولا يميل المعالجون السلوكيون إلى الإنتباه كثيراً «لطلب المساعدة» من العميل كسلوك يجب تحليله، أو للعلاقة بين العميل والمعالج كقضايا مركزية وهكذا، فإن «طلب المساعدة» يحتمل أن لا يؤخذ فى الإعتبار بلغة تاريخية أ

كتفاعل اجتماعى أو كسلوك يعكس الخبرات فى العلاقات الماضية. وبدلاً من ذلك، يميل المعالجون السلوكيون إلى إعتبار «طلب المساعدة» زعماً تاريخياً ذى قيمة سطحية بشكل ضمنى ولا يروا «طلب المساعدة» كناحية هامة خاصة بالعلاقة بين المعالج والعميل.

واستجابة [illegible]

خلال طلب معلومات (تشمل تجميع بيانات وهكذا) بخصوص مايحدث فى حياته اليومية. ويصنف المعالج السلوكى حينئذ مشكلة العميل (على سبيل المثال، الخوف من الأماكن الواسعة، الأسى الزواجى، مشاكل الغضب، الاكتئاب، نقص المهارات التوكيدية)، وينتقى علاج ويطبقه. وفى حالة عميل بتاريخ ذى قيمة سطحية، فإن إهمال المعالج السلوكى لتحليل السلوك اللفظى للعميل والنظر إليه فى سياق العلاقة بين العميل والمعالج يكون ذا عاقبة قليلة.

ثانياً: وعلى النقيض لتاريخ القيمة السطحية، يوجد عملاء يكون «طلبهم للمساعدة» بسبب مشكلة قد كان مدعماً فى الماضى بتجنب مواقف سلبية غير متعلقة أو وسيلة لاكتشاف مايشعرون ومايريدون حقيقة. فى هذه الحالة، لاتكون المشكلة المقدمة للمعالج السلوكى هى مشكلة العميل اليومية الأكثر أهمية. على سبيل المثال، عميل يطلب المساعدة فى إنقاذ زواجه قد يرغب حقيقة فى إنهاء الزواج، وقد لايكون قادراً حتى بالاعتراف بهذا الشأن لنفسه. وفى مثل هذه الحالات لايمكن أخذ السلوك اللفظى الخاص «بطلب المساعدة» بالنسبة لمشكلة خاصة عند قيمة سطحية. فهؤلاء العملاء يحتاجون إلى مساعدة، ولكن ليس للمشكلة المقدمة. وفى هذه الحالات، قد يكون لميل المعالجين السلوكيين

تجنب النظر إلى «الطلب» كسلوك يعطى للتحليل تأثيرات ضارة. ولا يحتمل أن تكون تدخلات العلاج السلوكى المنتقاة ملائمة، وسيكون التحسن إلى أدنى حد.

ثالثاً: نمط آخر من تاريخ قيمة غير سطحية يمكن أن يؤدى بالعميل إلى «طلب المساعدة» للحصول على [illegible] ...ح التى تؤدى إلى هذا النمط من طلب المساعدة والدين أو مقدمى رعاية آخرين أعطوا انتباهاً ورعاية فقط حينما كان العميل مختلاً [illegible] طلب المساعدة. ويستمر العميل فى الإقتراب من العلاقات بهذه الطريقة التى تشمل العلاقة بين العميل والمعالج. ويعرف هؤلاء العملاء أحياناً باعتبارهم شخصيات تتضمن مشاكلهم اليومية إعتماداً مفرطاً على الآخرين. وتكون الأعراض القادمة، مثل القلق أو الإكتئاب، متعلقة بشكل غير مباشر فقط بمشكلاتهم اليومية الرئيسية. وفى هذه الحالة، قد يقوى المعالج السلوكى بطريقة غافلة السلوك المثير للمشاكل إذا فشل فى فهم أن العلاقة بين العميل والمعالج لها خواص تثير نفس السلوك الذى يحدث فى علاقات أخرى تثير المشاكل.

وتميل الطبيعة التعليمية لبرنامج تدخلات المعالج السلوكى إلى إثارة تأثيرات هامة غير مقصودة. على سبيل المثال، قد يكون للعملاء الذين يحتاجون للمساعدة بسبب الإكتئاب عيوب خطيرة فى قدراتهم على تكوين علاقات ودودة. وقد تكون مشاكل عدم الود متشبثة لأن هؤلاء العملاء قد تجنبوا مثل هذه العلاقات وكانوا محرومين من الفرصة لتنمية سلوك أفضل خاص بالود. والعلاجات غير اللفظية التى تؤكد على العلاقة بين المعالج والعميل قد تقدم مثل هذه الفرصة، ولكن العميل قد يتجنب مثل هذا العلاج لنفس السبب بأن العلاقات الودودة متجنبة فى الحياة اليومية. ومن ناحية أخرى، فإن مثل هؤلاء العملاء قد يكونوا منجذبين إلى ويبقون فى العلاج السلوكى لأن طبيعته التعليمية ونقصه النسبى فى التركيز على العلاقة بين المعالج والعميل لا تثير القلق البينشخصى. وفى هذه الحالة، قد يتجنب العميل الود بأن يكون عميلاً جيداً يتبع الخطوات الموصوفة للعلاج. وبهذه الطريقة يدعم المعالج السلوكى بشكل غافل تجنب الود.

ب) العلاقة العلاجية فى العلاج السلوكى:

يخفض التحليل الوظيفى للعلاج السلوكى دلالة نواح معينة من العلاقة العلاجية. فبصفة خاصة، نجد أن العلاقة العلاجية هى بيئة يمكن أن تستثير السلوكيات المتعلقة إكلينيكياً- المشاكل اليومية للعميل (والتحسنات) التى تحدث فى الواقع خلال الجلسة فى العلاقة بالمعالج (Kohlenberg & Tsai, 1991). ويمكن لنشاطات المعالج الخاصة «بعمل علاج» أن تُقوى أو تُضعف على نحو غافل هذه السلوكيات التى تثير المشاكل.

ونادراً ماذكرت هذه النواحى الخاصة بالعلاقة العلاجية بواسطة معالج سلوكى. وفى مراجع العلاج السلوكى الأصلية، يتم تناول موضوع العلاقة العلاجية بطريقة سريعة إذا ماحدث على الإطلاق (Nelson & Barlow, 1981; Wilson & O'Leary, 1980).

وتشمل بعض الإستثناءات الملحوظة جولد فرايد (Goldfried, 1982) وجولد فرايد ودافيسون (Goldfried & Davison, 1976)، وأكثر حداثة سافران (Safran, 1990, a, b) . وسوف تتم مناقشة آراء «سافران» و«سافران وسيجال» فيما بعد فى المناقشة الخاصة بالتحليل الوظيفى للسلوك المعرفى.

وقد أوضح جولد فرايد ودافيسون (Goldfried & Davison, 1982: 105) أن السلوك خلال الجلسات يمكن أن يكون نافعاً فى عملية العلاج السلوكى، ورأى «جولد فرايد» العلاقة بين العميل والمعالج بإعتبارها مركزية لفهم المقاومة خلال العلاج السلوكى. ونظر إلى المقاومة باعتبارها نغمة [illegible] فى أنها تتداخل مع سير العلاج لكنها فى نفس الوقت تزود المعالج بعينة من الدرجة الأولى خاصة بمشكلة العميل».

وحتى مع أن هؤلاء المؤلفين إعترفوا بحدوث مشاكل للعميل خلال الجلسة وبدورها فى العلاج، فإنهم رأوا كذلك هذه المشاكل باعتبارها تلعب دوراً أساسياً أصغر نسبيا فى طرق العلاج السلوكى.

علاوة على ماسبق، يبدو أن أراؤهم قد كان لها تأثير قليل فى الميدان. على سبيل المثال، حينما يتحدث المعالجون السلوكيون عن العلاقة العلاجية، ويتبينوا أهميتها. فقد نُظر إليها فى الغالب باعتبارها: (١) تكنيك إضافى (Wilson & O'Leary, 1980)، (٢) والتقنية نفسها التى تُستخدم لتقدم وتصف تقنيات أولية أخرى أكثر فاعلية (Turkat & Brantley, 1981)، (٣) أو شيئاً مايعزز التأثير الفنى للمعالج على العميل (Devoge & Beck, 1978).

وحتى حينما يحدد المعالجون السلوكيون متغيرات العلاقة، فإنهم بصفة عامة لايوجهون الانتباه (كما يقترح التحليل الوظيفى) إلى السلوكيات المتعلقة إكلينيكياً والتى تحدث خلال الجلسة (على سبيل المثال، العميل الذى يخبر مشاكلاً يومياً مثل الخوف من الود مع المعالج). وحتى مع أن الغرض المقرر من دراسة بواسطة دى روبيس وفيلى (De Rubeis & Feely, 1990) كان هو إستكشاف العلاقة بين نتيجة العلاج المعرفى وسلوكيات العلاقة فى الجلسة، فإن الدراسة لم تتضمن ملاحظات أو قياس سلوك متعلق إكلينيكياً.

ونستنتج مما سبق أن المعالجين السلوكيين يميلون نحو التحليل النظامى ومن ثم يخفضون من قيمة: (١) تاريخ التدعيم والمعانى المتغيرة لسلوك العميل (التى تسمى السلوك اللفظى)، (٢) سلوك العميل خلال الجلسة باعتباره أمثلة خاصة بمشكلته (على سبيل المثال، السلوك المتعلق بالناحية الإكلينيكية)، (٣) الإحتمالات فى نطاق الجلسة التى تؤثر فى قوة السلوك المتعلق بالناحية الإكلينيكية.

التقويم:

يقوم العلاج السلوكى على الإفتراض بأنه توجد صلات وثيقة بين سلوك الحيوان والإنسان. وعلى نحو أكثر تحديداً، يفترض أن الضوء يمكن أن يلقى على تطور واستئصال الأعراض العصابية لدى المرضى من البشر بدراسة الإشتراط لدى الحيوانات. وتوجد أسباب فى الإستفهام عن هذا الإفتراض. فيمتلك البشر قوى هائلة خاصة باللغة والإدراك ويمكن أن تؤثر هذه القوى بشدة فى الأداء فى دراسات الإشتراط. على سبيل المثال، بالرغم من أن الإنطفاء يأخذ عادة محاولات عديدة فى تجارب الحيوانات، فإنه يمكن أن يحدث بسرعة شديدة لدى البشر إذا ما أخبروا ببساطة أن المثير الشرطى (على سبيل المثال، النغمة) لن تعد تُتبع بمثير غير شرطى (على سبيل المثال، صدمة كهربائية) (Brewin, 1988).

وكما أوضح براون (١٩٨٨)، فإن مثل هذه النتائج (وغيرها) قد أدت بمنظرين كثيرين إلى الاعتقاد بأن الإشتراط والإنطفاء لدى البشر يعتمد على

نحو هام على «الوعى الشعورى» Conscious awareness والخاص بالعلاقة بين المثيرات الشرطية وغير الشرطية. ولأن أجناس أخرى لا تملك فيما يُزعم مثل هذا الوعى الشعورى، فإنها يمكن أن تضلل بافتراض أن ماهو حقيقى عن الإشتراط الحيوانى هو حقيقى عن الإشتراط البشرى. والدور الهام الذى يُلعب بواسطة الوعى الشعورى [illegible] نحو نمطى أن الإشتراط والإنطفاء يحدثان بطرق ميكانيكية نوعاً ما تعتمد بشكل منفرد على العلاقة الموضوعية بين المثيرات والإستجابات.

ولقد رأينا تحديداً أن الأداء البشرى فى دراسات المعمل الخاصة بالإشتراط من المحتمل أنها تعتمد إلى حد كبير على الوعى الشعورى أكثر مما يعترف به المعالجون السلوكيون. ومن المحتمل أن نفس الشىء حقيقى بالنسبة للأشكال المتنوعة من العلاج الإكلينيكى المؤيد بواسطة المعالجين السلوكيين. على سبيل المثال، يدعى المعالجون السلوكيون بأن التحصين المنهجى ينجح لأن المرضى يتعلمون أن يربطوا بين المثيرات المتعلقة بالرهاب وبين استجابة غير متناغمة مع استجابة الخوف (هذا هو الإشتراط المضاد Counterconditioning. والدليل على أن هذا ليس هو القصة الكاملة تم الحصول عليه بواسطة ليك (Lick, 1975). لقد أقنع مرضاه بأنه كان يقدم لهم مثيرات خاصة بمخافة أصغر من أن تدرك (أى، مثيرات تحت عتبة الوعى الشعورى)، وأن تكرار هذه المثيرات خفض ردود الفعل الفسيولوجية الخاصة بالخوف. وفى الحقيقة لم يقدم أى مثيرات، وكانت التغذية الراجعة الخاصة بالإستجابات الفسيولوجية مزيفة!

ومن الواضح إلى أدنى حد أن نموذج الإشتراط الحيوانى المستخدم بواسطة المعالجين السلوكيين يقدم تفسيراً للعمليات المتضمنة فى الإشتراط الإنسانى وللعمليات التى وراء التحسن خلال العلاج السلوكى. وبالإضافة إلى ذلك، فإن فكرة أن معظم المرض العقلى يحدث كنتيجة لتاريخ الإشتراط سىء التكيف مشكوك فيها بدرجة مرتفعة لأسباب متنوعة، تشمل:

١- أن حقيقة أن العوامل الوراثية تعرض لأشكال كثيرة من المرض العقلى تبطل مجالاً بيئياً محضاً نحو المرض العقلى.

٢- أن الفحص المفصل لتاريخ الحياة السابقة للمرضى يفشل جداً فى الغالب فى إكتشاف خبرات الإشتراط المتنبىء بها. على سبيل المثال، تنمو الرهابات على نحو مزعوم بسبب خبرات غير سارة مثيرة للخوف فى وجود مثيرات تتعلق بالرهاب. ومع ذلك، فإن ٥٠٪ فقط على نحو التقريب من المرضى الرهابيين يزعمون أنه قد كان لديهم أى من مثل هذه الخبرات (Keuthen, 1980).

رابعاً: العلاجات المعرفية

Cognitive Therapies

شهدت السنوات الحديثة زيادة أساسية فى إستخدام مايُعرف عموماً بالعلاج المعرفى [illegible]
[illegible] من الإكلينيكيين، هما ألبرت إليس A. Ellis وأرون بيك A. Beck. ومع ذلك، فإن آراء ألبرت باندورا A. Bandura قد كانت مؤثرة إلى أقصى حد فى إبتكار العلاج المعرفى.

فمن ناحية الجوهر، يزعم المعالجين المعرفيين أن العمليات والأبنية المعرفية- على سبيل المثال، التوقعات والاعتقادات، والذكريات طويلة المدى- لها تأثير دال على السلوك. ويُفترض كذلك أن وجود عمليات وأبنية معرفية سلبية أو مدحضة للذات يكون عنصراً هاماً فى كثير من الإضطراب العقلى (على سبيل المثال، القلق، والاكتئاب). وتغيير هذه العمليات والأبنية لدى المرضى تجعلهم يشبهون أولئك الأفراد الأسوياء، وهذا هو الهدف الأساسى للعلاج المعرفى.

أوجه الإتفاق والاختلاف بين العلاج المعرفى والعلاجات الأخرى:

بالرغم من أن العلاج المعرفى هو إبتكار حديث نسبياً، وقد أصبح شائعاً فقط فى السنوات العشرين الماضية، فإنه يماثل بوضوح فى بعض النواحى الأشكال الأقدم للعلاج والرأى بأن التغير المعرفى يمكن أن يؤدى إلى تغير سلوكى وإلى شفاء يشبه مجال التحليل النفسى. ورغم ذلك، توجد فروق رئيسية، تتمثل فى:

١- يهتم المعالجون المعرفيون أساساً بالإهتمامات والاعتقادات الحالية الخاصة بالمريض، فى حين أن المحللين النفسيين يهتمون بخبرات الطفولة بشكل أساسى.

٢- أن المعالجين المعرفيين أقل إهتماماً من المحللين النفسيين فى إرتياد فكرة أن المعلومات [illegible]

كما يشبه العلاج المعرفى العلاج السلوكى فى بعض النواحى. على سبيل المثال، عمل ألبرت باندورا A. Bandura مساهمات أساسية للعلاج المعرفى حتى مع أنه بزغ من التقليد السلوكى. فيوافق المعالجون المعرفيون والسلوكيون على أن العلاج يجب أن يركز على تغيير مايظن ومايفعل المريض فى الوقت الحالى أكثر من التركيز على تاريخه الماضى. كما يوافقون على أهمية تغيير سلوك المريض إذا ماكان للشفاء أن يتم. وبكلمات بيك وزملائه (Beck et al., 1979:649) «العمل ضد الافتراض هو الطريقة الأعظم قوة لتغييره».

وبالرغم من نقاط الإتفاق هذه، فتوجد بعض الفروق الأساسية. فالمعالجون المعرفيون أكثر إهتماماً من المعالجين السلوكيين على المستوى النظرى، حيث أنهم لايعتقدون أن مبادىء الإشتراط تقدم أساساً مناسباً للعلاج.

وفيمايلى سوف نلقى الضوء على العلاجات المعرفية متمثلة في العلاج المعرفى لدى «بيك» والعلاج المعرفى لدى «إليس»، والعلاج السلوكى المعرفى لدى «ميكتبوم»، ثم نلقى الضوء على التحليل الوظيفى للعلاج المعرفى، ونختتم هذا الفصل بتقويم العلاج المعرفى.

١ - العلاج المعرفى لبيك

Beck Cognitive Therapy

غالباً مايستخدم المعالجون العلاج المعرفى «لبيك» فى علاج الحالات التى تتضمن الاكتئاب واضطرابات القلق، حيث يهدف هذا العلاج إلى إعادة البناء المعرفى لدى المريض (Beck, 1976, 1993).

نظرة بيك للمرض النفسى:

يبنى «بيك» مجاله على فكرة أن النماذج المعرفية السلبية تُدعم عن طريق الأخطاء والمعتقدات المنطقية والخاطئة، مثل «لاأستطيع عمل أى شىء صائب»، أو عن طريق الأفكار التى تقلل إلى أدنى حد قيمة إنجازات الفرد، مثل «أى فرد يمكن أن يفعل ذلك»، وتؤدى مثل هذه الأفكار والمعتقدات إلى تقدير ذات منخفض وإكتئاب وقلق .

كما يجادل «بيك» بأن مريض الاكتئاب لديه ثالوث معرفى، يتمثل فى الآتى:

(١) وجود أفكار سلبية عن الذات .

(٢) وجود أفكار سلبية عن المستقبل .

(٣) وجود أفكار سلبية عن المستقبل .

فالمريض الكتئب ينظر نمطياً إلى نفسه كعاجز، وعديم القيمة، وغير كفء. ويفسر الأحداث فى العالم بشكل غير مُبرر وانهزامى، ويرى العالم كواضع لعقبات لاتُقهر. والجزء النهائى للثالوث المعرفى يتضمن رؤية الشخص المكتئب للمستقبل باعتباره يائساً تماماً، لأن عدم قيمته سوف يمنع أى تحسن من الحدوث .

والمريض المكتئب ستكون لديه فى الغالب أفكاراً سلبية تحدث على نحو سريع إلى حد أن المريض قد يكون من النادر أن يكون واعياً بوجودها. وطبقاً «لبيك»، فإن هذه الأفكار التلقائية Automatic thoughts تلعب دوراً هاماً فى بقاء الحالة المكتئبة.

وبالإضافة إلى الثالوث المعرفى، فإن الناس المكتئبين يعملون عدداً من الأخطاء فى المنطق فى تفكيرهم. وتحدد الأخطاء فى المنطق بواسطة بيك كما يلى :

١ - **إستدلال تعسفى** Arbitrary inference : الوصول إلى إستنتاج لايُدعم حقيقة بالدليل .

٢ - **التجريد الانتقائى** Selective abstraction: التأكيد على ناحية صغيرة واحدة من موقف مع تجاهل كل النواحى الأخرى .

٣ - **الشخصانية** Personalisation: تحمل المسئولية لأحداث سلبية لاتكون فى الواقع غلطة الفرد .

٤ - **التعظيم والتصغير** Magnification and mininised: تعظيم أحداث سلبية صغرى وتصغير أحداث إيجابية كبرى.

٥ - **المبالغة فى التعميم** Over - generalistion: عمل إستنتاجات عامة عن قيمة الفرد على أساس من دليل محدود جداً.

ويوجد دليل تجريبى وإكلينيكى جدير بالاعتبار يشير إلى أن تشوهات التفكير المحدودة بواسطة «بيك» تميز على نحو نمطى الأفراد المكتئبين (Beck & Clark, 1988) .

العلاج المعرفى لبيك :

العلاج المعرفى هو مجال منظم لحل المشكلة التى يساعد فيها المعالج [illegible]
هنا إلى أن تلك الأفكار والمعتقدات تعتبر بمثابة فروض يتم إختبارها أكثر من قبولها على نحو قاطع. وطبقاً لذلك، فإن المعالج والعميل يأخذان دور «الفاحص» وينميان طرقاً لاختبار المعتقدات، مثل «لاأستطيع إطلاقاً عمل أى شىء صحيح». على سبيل المثال، قد يوافقان على مهام يقوم بها العميل بإعتبارها «عمل منزلى»، مثل إكمال مشروع منزلى متأخر أو مقابلة جار جديد. ويقدم النجاح فى إكمال هذه المهام دليلاً ملموساً يسمح للعميل بتحدى المعتقدات الخاطئة التى تسبب القلق والاكتئاب ومن ثم المساعدة على تخفيض حدة هذه المشاكل (Beck et al., 1979).

وهكذا نجد أن أحد الأهداف الرئيسية للعلاج المعرفى هى تغيير نماذج تفكير المريض المكتئب المشوهة وانهزامية الذات (والأفكار التلقائية) فى إتجاه أكثر إيجابية وواقعية. ويعمل هذا جزئياً بجعل المعالج يتحدى فروض المريض، ويقدم مجادلات عن السبب فى أنه يجب أن يتبنى إفتراضات أكثر إيجابية عن نفسه وعن العالم وعن المستقبل. ويمكن أن يتضمن هذا تدريباً على إعادة العزو، الذى يبين فيه المعالج العوامل المتنوعة وليس عدم قيمة المريض الذى ساهم فى الخبرات السلبية للمريض .

ويستخدم المعالجون المعرفيون سلسلة من التقنيات الإضافية من أجل تغيير الطرق السلبية فى التفكير. وأحد الأمثلة هو زيادة «النشاط»، الذى يُكافئ فيه المريض على أنه أصبح منغمساً فى نشاط أكثر. ومثال آخر هو «تخصيص مهام متدرجة»، يُكافئ فيها المريض على السلوك بشكل إيجابى أكثر على نحو تقدمى .

تقويم العلاج المعرفى لبيك :

إلى أى مدى يكون العلاج المعرفى ناجحاً فى علاج الاكتئاب؟

تم الحصول على دليل بالنسبة لفاعلية العلاج المعرفى فى دراسة على نطاق واسع بواسطة ألكين وزملائه (Elkin et al., 1986). وكانت توجد أربع مجموعات من المرضى مصابين باكتئاب أحادى القطبية: تلقت المجموعة الأولى علاجاً معرفياً، وتلقت المجموعة الثانية عقاقيراً ثلاثية المفعول، وتلقت المجموعة الثالثة دواء وهمى Placebo ، وتلقت المجموعة الرابعة علاج بينشخصى والذى قدم تدريباً على حل الصراعات البينشخصية. وقد إتضح أنه تم شفاء أكثر من ٥٠٪ من المرضى فى مجموعات العلاج المعرفى والعلاج البينشخصى والعلاج بالعقاقير مقارنة بـ٢٩٪ فقط فى مجموعة العقاقير الوهمية الضابطة .

وبالرغم من نجاح المجال المعرفى للاكتئاب، فإنه لايقدم تفسيراً كاملاً. على سبيل المثال، يكون العلاج بالعقاقير فعالاً على نحو معقول فى علاج المرضى المكتئبين بالرغم من حقيقة أنه لم تعمل محاولة لتغيير البناء المعرفى، ويوحى هذا بأن الاكتئاب (وعلاجه) يتضمن عمليات جسمية ليس لها علاقة مباشرة بالنظام المعرفى .

٢ - العلاج العقلانى / الانفعالى

Rational - Emotive Therapy

النظرة للإنسان :

وضع هذه النظرية فى العلاج العقلانى الانفعالى ألبرت إليس A.Ellis الذى بدأ عام (١٩٥٤) طريقه نحو أسلوب منطقى للعلاج النفسى، وذلك تأسيساً على نموذج فلسفى أكثر منه على نموذج نفسى. وتركز نظرة «إليس»

في العلاج العقلاني الانفعالي للإنسان في أن هناك تشابكاً بين العاطفة والعقل أو التفكير والمشاعر. ويركز العلاج العقلاني الانفعالي على أن البشر يفكرون ويشعرون ويتصرفون بشكل متآن (أي في نفس الوقت) وهم نادراً ما يفكرون [illegible]

«إليس» عن فكرته بقوله «عندما ينفعلون فإنهم أيضاً يفكرون ويتصرفون، وعندما يفكرون فإنهم أيضاً ينفعلون ويتصرفون». ولكي نفهم سلوك قهر الذات يجب أن نفهم كيف يشعر الناس ويفكرون ويدركون ويتصرفون (محمد الشناوي، ١٩٩٤: ٩٦).

النظرة للمرض :

تتماثل نظرة «إليس» للمرض أو الاضطراب مع نظرة «بيك» للمرض. فيجادل «إليس» بأن المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق لديهم ميل كبير لأن يعتنقوا إعتقادات غير منطقية يرفضها معظم الناس الأسوياء، والدليل الجيد على ذلك هو حقاً الحالة التي حصل عليها نيومارك وزملاؤه (Newmark et al., 1973) الذين وجدوا أن ٦٥٪ من مرضى القلق (و٢٪ فقط من الأسوياء) وافقوا على العبارة «من المهم أن يُحب الفرد أو يُستحسن بواسطة كل فرد في مجتمعه في الواقع». والعبارة «يجب على الفرد أن يكون كمالياً تماماً، وكفؤاً وناجحاً ليعتبر نفسه ذا قيمة»، قد أُيدت بواسطة ٨٠٪ من مرضى القلق مقارنة بـ٢٥٪ من الأسوياء .

العلاج العقلاني الانفعالي :

بداية يهدف أسلوب «إليس» في العلاج إلى تحديد أفكار انهزام الذات Self - defeating، مثل «يجب أن أكون كفؤاً إلى حد الكمال، وافياً بالـ [illegible]

وساعياً إلى أن أكون ذا شأن». وبعد أن يتعلم العميل تبين أفكار مثل هذه ويرى كيف أنها تسبب المشاكل، فإن المعالج يستخدم النمذجة والتشجيع والمنطق لمساعدة العميل على استبدال هذه الأفكار بأفكار أكثر واقعية ونفعاً .

وقد لخص «اليس» (Ellis, 1978) هذا المحال العلاجي على النحو التالي :

يُعلم العميل بشكل هادئ ومنطق وقوى أنه من الأفضل أن يتوقف عن إخبار نفسه بالهراء Nonsense ويقبل الحقيقة، ويتوقف عن إدانة نفسه والآخرين، ويتشبث بنشاط إلى جعل نفسه سعيداً بقدر مايستطيع في عالم بعيد عن المثالية... وإذا أراد أن يكون مضطرباً إلى أدنى حد وسليماً إلى أقصى حد، فمن الممكن أن يستبدل حكمه المطلق «إنه رهيب» بكلمتين أخريتين لاينطق بهما كالببغاء ولكن يفكر فيهما بشكل قاطع ويقبلهما – أعني، «سيء جداً» أو «نقلة حادة» .

وفيما يلي، سنقدم جزءاً من جلسة علاج عقلاني/ إنفعالي مع إمرأة تبلغ من العمر ٣٩ عاماً، عانت من نوبات هلع. ولقد قالت «أنه سيكون مرعباً إذا ماوقعت لها نوبة في مطعم وأن الناس لابد أن يكونوا قادرين على ضبط أنفسهم».

المعالج: ... الحقيقية أن الوجوب Shoulds والضرورة Musts هي القواعد التي يقدمها الناس لنا، نحن ننمو قابلين لها كما لو كانت الحق المطلق، وهي بالتأكيد ليست كذلك .

العميل: هل تعني الخير بشكل كامل لي، هل تعرف الإغماء في المطعم؟

المعالج: بالتأكيد !

العميل: ولكن.. أنا أعرف أنني لاأريدها أن تحدث .

المعالج: أستطيع أن أفهم ذلك بالتأكيد. وبالتأكيد، سيكون ذلك غير سار، ومربك، وغير ملائم. ولكنه غير منطقى الاعتقاد بأنه سيكون مرعباً، أو ... أنه نوع ما يؤثر فى قيمتك كإنسانة .

العميل: ماذا تعنى ؟

المعالج: [illegible] ... [illegible] عودة إلى ذلك المطعم. إذا بدأت فى الحديث إلى نفسك «أنا قد يصيبنى الهلع والإغماء وقد يسخر منى الناس وذلك سيكون مرعباً»، ... [illegible] تجدى نفسك مرتعبة من الذهاب إلى المطعم، ومن المحتمل أنك لن تستمتعى بالوجبة كثيراً جداً .

العميل: حسناً، ذلك هو مايحدث عادة .

المعالج: ولكن ليس من الضرورى أن يكون ذلك... إن الطريقة التى تشعرين بها، رد فعلك... يعتمد على ماتختارين أن تعتقدينه أو تفكرين فيه، أو تحدثى به نفسك (Masters et al., 1987) .

٣ - العلاج السلوكى / المعرفى

Cognitive - Behavior Therapy

واضع هذه النظرية هو دونالد هربرت ميكنبوم D. Meichenbaum، وهو أمريكى الأصل وُلد فى مدينة نيويورك عام ١٩[illegible] وحصل على البكالوريوس من كلية المدينة عام ١٩٦٢ ثم إلتحق بجامعة إلينوى فحصل على الماجستير عام ١٩٦٥ ودرجة الدكتوراه فى علم النفس الإكلينيكى عام ١٩٦٦، وقد عمل فى جامعة ووترلو بكندا منذ عام ١٩٦٦ حيث مازال يعمل حتى الآن أستاذاً بتلك الجامعة، وقد كتب ميكينبوم مجموعة من المراجع حول الإرشاد والعلاج السلوكى. وكذلك طريقته التى إشتهر بها، التحصين ضد الضغوط النفسية Stress inoculation (محمد الشناوى، ١٩٩٤: ١٢٣) .

النظرة إلى الاضطرابات :

يفترض أنصار هذا المجال أن المشاعر السلبية والسلوكيات سيئة التكيف هى نتيجة تشويهات فى التفكير. وينظر هذا المجال إلى المعارف باعتبارها سلوكيات كامنة والتى تتفاعل مع كل من الانفعالات والسلوكيات الصريحة وتؤثر فى الأداء الإنسانى .

وتعتبر الاضطرابات مثل القلق والرهابات والاكتئاب أساساً كاضطرابات فى التفكير، تنتج حينما يركز الفرد على نواح سلبية من المواقف فى حين يتجاهل أو يهمل ملامحاً بارزة أخرى. وبهذه الطريقة، يفقد الفرد الموضوعية ويشوه الحقيقة. ونتيجة لهذه التشوهات تضعف قدرة الفرد على تضمين استجابات سلوكية للموقف، مما يضعه فى مخاطرة من العمل بطريقة إما مفرطة أو منخفضة فى الإنضباط. وهكذا، فإن الأحكام غير الناضجة والمتطلبة، ووحيدة الجانب التى تُستخدم لتقييم مواقف تنعكس على رد الفعل لذلك الموقف .

وعلى مر الوقت تتطور هذه التشويهات إلى أفكار تلقائية، تكون غير إرادية، ومن الصعب التخلص منها، وتلقائية من حيث أن الأفكار تستجيب لمثيرات داخلية وليس لأى حدث خارجى واقعى. وتعتمد الكوكبة الخاصة بالتشويهات المعرفية التى قد تكون لدى شخص معين على خبراته الخاصة بحصوله على صيغ معرفية Cognitive schemas معينة تتزاوج مع مثيرات

مؤذية خاصة، وهكذا تخلق إستهدافات داخل الفرد عند إثارته. علـى سبيـل المثال، إذا ركز الأفراد عل فقد أو هزيمة، فإنها تُكون على نحو سلبى مفاهيمهم عن أنفسهم وبيئتهم ومستقبلهم. ونتيجة لذلك تنتقص من قدر أنفسهم أو شأنهم، وقد يرون بيئتهم الخارجية باعتبارها قاسية ومانعة، ويرون مستقبلهم كبارد ومظلم بدون أى أمل فى التحسن. وبالتالى، يمكن ان يشعروا بالعجز واليأس ويستجيبوا للعالم بأن يصبحوا هامدين ومنسحبين .

الغرض من العلاج السلوكى / المعرفى:

ببساطة، يساعد العلاج السلوكى/ المعرفى العملاء على تغيير الطريقة التى يفكرون بها وكذلك الطريقة التى يسلكون بها. على سبيل المثال، يعرف بعض العملاء من قبل كيف يكونوا توكيديين Assertive من قبل فى المواقف الاجتماعية ولكنهم يحتاجون إلى تحديد الأفكار المعتادة (مثل، يجب أن لاألفت الانتباه إلى نفسى) التى تعوق التعبير عن الذات. وبمجرد أن تأتى هذه العقبات المعرفية إلى الضوء، فإن المعالج يشجع العميل على محاولة استخدام طرق جديدة خاصة تعزز سلوكاً مرغوباً فيه وتمنع الإنتكاسة إلى سلوك غير مرغوب فيه (Meichenbaum, 1995) .

وهكذا، فإن الغرض من العلاج السلوكى/ المعرفى هو تصحيح هذه التشويهات المعرفية من خلال إعادة تنظيم «حديث الذات» Self - Talke الخاص بالشخص ومن ثم تغيير سلوكه وطبيعة التدعيم المنتقاة من البيئة. وبهذه الطريقة يمكن تمكين العملاء من تقييم مساهماتهم الخاصة فى مشاكلهم وتعليمهم سلوكيات بديلة صحية .

وبإستخدام معالج السلوك المعرفى الطريقة التى أيدها بيك (Beck, 1993)، فإنه يتعاون مع العميل لتقويم المساهمة الخاصة بأفكاره للأسى الحالى. ويستخدم المعالج مجالاً سقراطياً فى مناقشة النماذج السلبية من التفكير حتى يتعلم العميل أن يتبين ويلاحظ ويراقب أفكاره التلقائية الخاصة . ويراقب المعالج تفسيرات بديلة [illegible] أن تبدو المشاكل غير صالحة للطرق عليها تنخفض إلى نسب قابلة للإدارة.

ويماثل النظام الذى إبتكره «ألبرت إليس» فى نواح كثيرة مجال «بيك». ويركز كلاً من المنظرين على المعارف والأفكار بإعتبارها سلوكيات قابلة للقياس، كما يعتبر تحدى التشويهات فى التفكير مركزياً لكلا النظامين.

والمجال الآخر هو التعديل السلوكى المعرفى الخاص بدونالد ميكنبوم، الذى يقوم كذلك على إعادة البناء المعرفى وفى تعليم مهارات المواجهة مثل **التدريب على التحصين ضد الضغط** Stress Inoculation Training ، وبذلك يُعرض العميل تدريجياً لمواقف إستقراء الضغط. ويشمل عناصراً مثل إرشادات مباشرة، والتكريرات السلوكية، والتدريب على الإسترخاء، وحل المشكلات. ويتعلم العميل أن يطبق هذه الطريقة للتعامل مع الصعوبات الحالية والمستقبلية .

عملية العلاج :

تشتمل عملية العلاج على ثلاث مراحل أساسية:

المرحلة الأولى: أن يدرك العميل أو يصبح واعياً بسلوكياته غير الملائمة.

المرحلة الثانية: يؤخذ هذا الوعى كمؤشر يولد حديثاً داخلياً معيناً.

المرحلة الثالثة: يكون هناك تغيير فى طبيعة الحديث الداخلى عن ذلك الذى كان موجوداً لدى العميل قبل العلاج .

وتحدث فى هذه المراحل عملية ترجمة من جانب المعالج عن طريق الإنعكاسات والشروح والتأويلات وإعطاء معلومات، وكذلك عن طريق نمذجة المعرفية، كما ينخرط العميل خارج العلاج فى سلوكيات مواجهة وتعاود يعود ليكررها فى الجلسات العلاجية مما ينتج عنها أحاديث ذاتية تؤثر على بنيته المعرفية وعلى سلوكياته. وقد يشتمل العلاج - أيضاً - على ال... الأساليب المستخدمه فى العلاج السلوكى (محمد الشناوى، ١٩٩٤، ١٢، ١٢٩).

التحليل الوظيفى للعلاجات المعرفية

A Functional Analysis of Cognitive Therapies

يعتبر الموضوع المركزى للعلاج المعرفى هو أن المعرفة تُسبب سلوكاً مختلاً وأن العلاج يتضمن تغيير المعرفة المختلة وظيفياً Dysfunctional Cognition . وسوف نفحص رأى المعالج المعرفى عن طبيعة العلاقة بين المعرفة - السلوك، والظواهر الإكلينيكية التى تدعم هذا الرأى، وبعض المشاكل النظرية والإكلينيكية التى بزغت. وسوف نرى حينئذ كيف أن صورة محسنة من العلاج المعرفى تنتج من إعتبار الاحتمالات التى تسبب المعرفة المختلة وظيفياً وذلك الذى يسبب العلاقة بين المعرفة والسلوك التالى .

ويوجد إختلاف جدير بالاعتبار فى النظرية الأساسية والممارسة الخاصة بالعلاج المعرفى والطريقة التى تُحدد فيها العلاقة بين التفكير والسلوك. على سبيل المثال، قدم «ألبرت إليس» (Ellis, 1962, 1970) - رائد فى العلاج المعرفى- فكرة أن أفكار عميل ومشاعره يمكن أن تحللا باستخدام ABC وفيها تمثل A أحداث بيئية خارجية، وتمثل B المعرفة، و C هى العمل الانفعال الناتج (أنظر الشكل ١) .

وبالنسبة «لإليس» تضمن العلاج الإكلينيكى تفسير النموذج ABC للعملاء، ويعد ذلك مساعدتهم على تغيير B وبذلك لم يعد مختلاً وظيفاً.

وتوجد مشاكل مع نموذج ABC هذا، وطبقاً لذلك، تم تنقيحه (Guidano & Liotti 1983; Beck et al., 1979). ويقترح التحليل الوظيفى، رغم ذلك، [illegible] إكلينيكياً لصياغة إل ABC ولم تتناول المشاكل بقدر كاف.

ا - المشاكل مع العلاج المعرفى ونموذج إلـ ABC:

أولاً: يستثنى نموذج إل ABC طرقاً بديلة فيها يتصل بعلاقة المعرفة والسلوك ببعضهما. على سبيل المثال، إقترح راسيل وبراندسما (Russell & Brandsma, 1974). إن مشاكل العملاء تبدأ لتضاهى نموذج A-B-C ثم بعد تكرارات عديدة من السياق ABC خلال حياة العميل، فإن الاشتراط الكلاسيكى سوف يتحاشى B. وبكلمات أخرى تصبح A مثيراً شرطياً من الدرجة الثانية يستثير C على نحو مباشر. والإمكانية الأخرى المقترحة بواسطة كلاين (Klein, 1874) هى أن مفهوم الذات السلبى والعجز، ولوم الذات للمريض المكتئب يُنظر إليها على أفضل وجه كنتيجة، أكثر من سبب للحالة. وبكلمات أخرى، يشعر المريض أولاً بالاكتئاب وبعد ذلك بالمعارف السلبية

A ⟶ B ⟶ C (a)

A ⟶ B, A ⟶ C (b)

A ⟶ B ⟶ C, A ⟶ C (c)

A ⟶ C ⟶ B (d)

شكل (١) النماذج التى تبين العلاقات بين A (الحدث السابق)، وB (الاعتقاد أو التفكير)، و C (السلوك أو الشعور الناتج): (a) التفكير

يؤثر فى السلوك، و (b) التفكير ليس له تأثير على السلوك، و (c)، والتفكير يؤثر على السلوك جزئياً، و(d) السلوك يؤثر على التفكير.

كما تشير تقارير العميل إلى نماذج بديلة. والتعليقات مثل «أتقبل عقلياً أننى لاأحتاج لأن أكون محبوباً بواسطة كل فرد ولكنى لاأزال مدمراً حينما أكون مرفوضاً» توحى بوجود B التى لاتتسق مع الـ C [illegible] الأخرى، فإن بعض العملاء يزعمون أنهم لايخبرون B التى تسبق الـ C المثيرة للمشاكل، مما يشير إلى أن B إما أنها لاتوجد وإما أنها لاشعورية.

ثانياً: يمكن أن يؤدى النموذج ABC إلى بعض الإجراءات الإكلينيكية المشكوك فيها. على سبيل المثال، إذا إعتقد المعالج المعرفى حقيقة فى الفرض ABC، فإن رفض العميل له يكون تحديداً عن طريق منطق أو إخلاص العميل المثيرين للشك أو عن طريق أنه توجد مدركات إضافية لاشعورية تُكتشف. كما يمكن أن تكون التحديات غير مباشرة مثل إعطاء واجب منزلى إضافى أو مخصصات لاختبار الفرض فمثل هذا اللاقبول للنماذج البديلة يوجد فى العلاج المعرفى لبيك(Beck, 1976)، حتى مع أنه يرفض النظرية المتضمنة بالنموذج ABC. على سبيل المثال، إقترح «بيك» أن العملاء الذين يقولون أنهم «يعرفون» بشكل عقلانى أنهم غير تافهين ولكن لايقبلون هذا على المستوى الانفعالى يحتاجون إلى علاج إنفعالى أكثر لأن المشاعر المختلة وظيفياً يمكن أن تحدث فقط حينما «لايعتقدون حقيقة» فى الفكرة العقلانية (Beck et. al., 1979: 302).

وتتضح الحاجة إلى نماذج أكثر مرونة عن طريق الميل إلى معالجين معرفيين (وكذلك أنماط أخرى) تثبت فى مجالهم حتى مع أن العميل لايتقدم (Kendall et al., 1992) وإذا ماأخذ فى الاعتبار تعقيد السلوك الإنسانى، فإن إستثناءات التفسيرات الوسيطة اللامعرفية المتواجدة كما تتطلب بواسطة ABC تبدو غير معقولة.

علاوة على ذلك، فإن معارضة العميل للتدخلات المعرفية يمكن أن تكون سلوكاً مرغوباً فيه. وإذا كان مثل هذا العميل يبحث عن مساعدة لأن يصبح أكثر توكيداً أو أكثر ثقة بالنسبة للذات، فإن المعارضة حينئذ لنظرية المعالج ABC ستكون تحسناً يحدث فى الجسم الحى فى سياق العلاقة العلاجية. وعلى نحو مثالى، يجب أن يكون هذا التحسن داخل الجلسة مدعماً بقبول المعالج ولايعاقب عليه عن طريق التحديات.

ثالثاً: إن الدليل المستخدم لمساندة فكرة أن المشاعر والأفعال المختلة وظيفياً الناتجة بواسطة BC منحرف أو غير منطقى أو مرضى يكون مشيراً للمشاكل. ويقارن أحد أنماط أفكار وعزو العملاء بأشخاص أسوياء (لمزيد من التفصيل أنظر: Beidel & Turner, 1986). وعلى نحو غير مدهش، يميل العملاء إلى أن يكون لديهم أفكار مختلة وظيفياً أكثر مما يفعل الأسوياء. ومثل هذا البحث يثير المشاكل لأنه يوضح فقط أن الناس الذين لديهم مشاكل إكلينيكية لديهم كذلك أفكار غير منطقية، ولايوضح أن الأفكار تُسبب فى الواقع المشاعر الخاصة بالمشاكل. ومن الممكن أن المشاعر المختلة وظيفياً تُسبب المعارف أو أن كلاً من المعارف والمشاعر (الأفعال) تنتج عن طريق متغير ثالث. وتشير بعض البيانات إلى أن الأشخاص المكتئبين قد يقيموا الحقيقية بدقة أكثر من الأسوياء (Krantz, 1985). كما يُدعم استعراض حديث للكتابات التجريبية الخاصة بالعلاقة بين الحالات الداخلية والأفعال فكرة أن B (الحالة الداخلية) و C (الفعل) لايتناغمان أحياناً (Quattrone, 1985).

رابعاً: الصلة بين النظرية والممارسة. فليس من الواضح كيف أن العرض المعرفى يتعلق بكثير من إجراءات العلاج المحدد. لماذا وكيف، على سبيل المثال، يغير الجدال أو الدليل المنطقى بناء معرفياً؟ كيف أن النظرية المعرفية تدعم تأييد «بيك» لمجال سقراطى يجب أن يكتشف فيه [illegible] الأ[illegible]ة؟ كيف يكون من الملائم لـ[illegible]ات «إليس» المباشرة للعملاء أن تكون إعتقادات جديدة حسنة التصنيف؟ ماهى المبادئ النظرية المتضمنة فى تفسير تغير معرفى نتيجة لتجارب خاصة بأداء العملاء فى حياتهم اليومية لمراجعة الفروض؟ كيف يساعد حديث العملاء عن معارفهم وعلاقتها بالأعراض على تغيير الأبنية؟ كيف يكون من الممكن الحصول على علاجات معرفية لاتكون ذات معرفة أسمى Metacognitive؟ (Hollon &Kriss, 1984). كيف تنتج «خبرة بينشخصية جديدة» فى التفاعل العلاجى سلوكاً جديداً لدى العميل فى الحياة اليومية (Safran, 1990: 111) .

ب - الصياغة المنقحة للعلاج المعرفى :

وكخطوة تجاه تحسين النموذج ABC، تحول المعالجون المعرفيون إلى نظرية معرفية أساسية ونقحوا وحددوا بدقة أكثر مايُقصد بـ B (المعرفة) وكيف تتعلق بمشاكل إكلينيكية، والإستخدامات المختلفة للإصطلاح «معرفة». فقد ميز «هولون وكريس» (١٩٨٤) بين المنتجات المعرفية، والأبنية المعرفية (والعمليات المعرفية المرتبطة). فتكون المنتجات المعرفية سلوكيات متاحة المنال على نحو مباشر وشعورية وخاصة مثل الأفكار والتقارير الذاتية والأفكار التلقائية - أما الأبنية المعرفية - على سبيل المثال - «الصيغ» هى الوحدات الأساسية التنظيمية التى تلعب دوراً نشطاً فى معالجة المعلومات. ومع ذلك تعمل الأبنية عند مستوى لاشعورى حيث أن محتواها لايمكن أن يُعرف مباشرة ولابد أن يُستدل عليه من المنتجات .

وكما تبين بواسطة «هولون وكريس»، فإن هذا التمييز مماثل للفروق بين السطح والأبنية العميقة. وتشير الأبنية السطحية إلى مايقال (تلفظات واضحة) أو تفكر (تقارير ذاتية كامنة)، فى حين أن الأبنية العميقة تشير مايُقصد. ومن منظور «هولون وكريس»، فإن العامل السببى هو البناء المعرفى، فى حين أن التفكير أو المنتجات المعرفية (الأفكار اللامنطقية، التقارير الذاتية، الأفكار التلقائية) تكون «علامات أو لمحات خاصة بطبيعة الأبنية الخاصة بمعرفة الفرد» (Hollon & Kriss, 1984: 39) .

ولذلك يقترح «هولون وكريس» أن أى تدخلات إكلينيكية تغير المنتجات المعرفية هى مجرد معالجات أعراضية Symptomatic treatments. وفى خط مماثل، حذر سافران وزملاؤه (Safran et al.,1986) أن تغيير المنتجات له تأثيرات إكلينيكية محدودة، ويجب أن تُوجه المجهودات إلى عمليات «جوهرية». وعلى نحو مطابق، حذر بيك (Beck, 1984) أن الانتكاسة يمكن توقعها مالم تتغير الأبنية المعرفية الأساسية، ويقرر أن فكرة تسبيب الظواهر المعرفية للإكتئاب مستبعدة. وفيما يُزعم، تُعتبر «الظواهر المعرفية» التى رفض بيك عليتها منتجات معرفية، فى حين أن الأبنية أو الصيغ الجوهرية لازال ينظر إليه كعلية .

وبالرغم من أن علية الحقل النظرى للمنتجات المعرفية قد إستُبدلت بأبنية، فإن الانتقال المطابق لم يحدث فى المحيط الذى يُمارس فيه العلاج المعرفى. كما أن نفس المعالجون المعرفيون الذين يرفضون الدور العلى للمنتجات المعرفية هم أنفسهم الذين يقدمون كتيبات للعلاج وأمثلة إكلينيكية تركز على تغيير منتجات معرفية. على سبيل المثال، قرر بيك وزملاؤه (Beck et al., 1986) «أن المعالج يجب أن يكون قادراً على أن يوصل بوضوح أن

رابعاً: الصلة بين النظرية والممارسة. فليس من الواضح كيف أن الفر...
المعرفى يتعلق بكثير من إجراءات العلاج المحدد. لماذا وكيف، على
سبيل المثال، يغير الجدال أو الدليل المنطقى بناء معرفياً؟ كيف أن
النظرية المعرفية تدعم تأييد «بيك» لمجال سقراطى يجب أن يكتشف فيه
العملاء بأنفسهم فروضهم الأساسية؟ كيف يكون من الملائم لتعليمات
«إليس» المباشرة للعملاء أن تكون إعتقادات جديدة حسنة التكيف؟
ماهى المبادئ النظرية المتضمنة فى تفسير تغير معرفى نتيجة لتجارب
خاصة بأداء العملاء فى حياتهم اليومية لمراجعة الفروض؟ كيف يساعد
حديث العملاء عن معارفهم وعلاقتها بالأعراض على تغيير الأبنية؟
كيف يكون من الممكن الحصول على علاجات معرفية لاتكون ذات معرفة
أسمى Metacognitive؟ (Hollon &Kriss, 1984). كيف تنتج
«خبرة بينشخصية جديدة» فى التفاعل العلاجى سلوكاً جديداً لدى
العميل فى الحياة اليومية (Safran, 1990: 111) .

ب - الصياغة المنقحة للعلاج المعرفى :

وكخطوة تجاه تحسين النموذج ABC، تحول المعالجون المعرفيون إلى نظرية
معرفية أساسية ونقحوا وحددوا بدقة أكثر مايُقصد بـ B (المعرفة) وكيف
تتعلق بمشاكل إكلينيكية، والإستخدامات المختلفة للإصطلاح «معرفة». فقد
ميز «هولون وكريس» (١٩٨٤) بين المنتجات المعرفية، والأبنية المعرفية
(والعمليات المعرفية المرتبطة). فتكون المنتجات المعرفية سلوكيات سهلة
المنال على نحو مباشر وشعورية وخاصة مثل الأفكار والتقارير الذاتية والأفكار
التلقائية - أما الأبنية المعرفية - على سبيل المثال - «الصيغ» هى الوحدات
الأساسية التنظيمية التى تلعب دوراً نشطاً فى معالجة المعلومات. ومع ذلك،

...عند مستوى لاشعورى حيث أن محتواها لايمكن أن يُعرف مباشرة
...دل عليه من المنتجات .
... تبين بواسطة «هولون وكريس»، فإن هذا التميز مماثل للفروق بين
...لأبنية العميقة. وتشير الأبنية السطحية إلى مايقال (تلفظات
...ر تفكير (تقارير ذاتية كامنة)، فى حين أن الأبنية العميقة تشير
...د. ومن منظور «هولون وكريس»، فإن العامل السببى هو البناء
... فى حين أن التفكير أو المنتجات المعرفية (الأفكار اللامنطقية،
... الذاتية، الأفكار التلقائية) تكون «علامات أو لمحات خاصة بطبيعة
...خاصة بمعرفة الفرد» (Hollon & Kriss, 1984: 39) .
...لك يقترح «هولون وكريس» أن أى تدخلات إكلينيكية تغير
... المعرفية هى مجرد معالجات أعراضية Symptomatic treatments.
... مماثل، حذر سافران وزملاؤه (Safran et al.,1986) أن تغيير
...ات له تأثيرات إكلينيكية محدودة، ويجب أن تُوجه المجهودات إلى
...ات «جوهرية». وعلى نحو مطابق، حذر بيك (Beck, 1984) أن
...اصة يمكن توقعها مالم تتغير الأبنية المعرفية الأساسية، ويقرر أن فكرة
...ب الظواهر المعرفية للإكتئاب مستبعدة. وفيما يُزعم، تُعتبر «الظواهر
...وية» التى رفض بيك عليتها منتجات معرفية، فى حين أن الأبنية أو
...ع الجوهرية لازال ينظر إليه كعلية .
وبالرغم من أن علية الحقل النظرى للمنتجات المعرفية قد إستُبدلت
...ية، فإن الانتقال المطابق لم يحدث فى المحيط الذى يُمارس فيه العلاج
...رفى. كما أن نفس المعالجون المعرفيون الذين يرفضون الدور العلى
...نتجات المعرفية هم أنفسهم الذين يقدمون كتيبات للعلاج وأمثلة إكلينيكية
...كز على تغيير منتجات معرفية. على سبيل المثال، قرر بيك وزملاؤه (Beck
et al., 1986) «أن المعالج يجب أن يكون قادراً على أن يوصل بوضوح أن

القلق يبقى عن طريق تقدير خاطئ أو إختلال وظيفى لموقف و«يعطى هذا التفسير.. فى الجلسة الأولى ويقرره طوال العلاج». وقرر جودانو وليوتى (Guidano & Liotti, 1983: 183) أن الخطوة الأولى الهامة فى العلاج تحدث «عندما يفهم المرضى أن معاناتهم تتوسطها «أراؤهم الخاصة» .

ويمثل هذا الأمر السابق أزمة، ويحاول المعالجون المعرفيون طرح طرق للخروج من هذه الأزمة والتى تتمثل فى صعوبة تغيير الصيغ والصلة الضعيفة بين النظرية وكيفية حدوث التغيير .

حـ- تنقيح خاص بالتحليل الوظيفى :

كبديل يؤدى التحليل الوظيفى إلى صياغة العلاقة بين التفكير والسلوك التى تستبقى الفائدة الإكلينيكية ولكنها تتجنب مشاكل الافتراض الأصلى ABC. وفى نطاق هذا الإطار، يمكن أن تلعب المعارف دوراً كبيراً أو صغيراً أو لاتلعب دوراً فى مشاكل العميل. وعلى نحو مطابق ستكون طرق العلاج المعرفية ذات فعالية متغيرة مع العملاء المختلفين إعتماداً على الدور الذى يكون للمعرفة فى المشكلة الإكلينيكية .

التقويم:

كما رأينا، فإن العلاج المعرفى قد أوضح أنه شكل فعال من العلاج النفسى (Elkin et al., 1986) ويعتبر العلاج المعرفى وافداً جديداً نسبياً كمجال علاجى، وهكذا فإن المعالجين المعرفيين قد كانوا قادرين على دمج عناصر العلاج السلوكى وتلك الخاصة بالعلاج السيكودينامى فى طرق العلاج الخاصة بهم، كما يتبع العلاج المعرفى بعض التقليدات الخاصة بالمنظرين الآخرين مثل «روجرز» كالانتباه الجاد لآراء المريض عن العالم بغض النظر عما إذا كانت هذه الآراء مشوهة أو غير مشوهة .

وبالرغم من هذه المميزات الخاصة بالعلاج المعرفى، فإنه توجد عيوب ومشاكل غير محلولة، منها :

يركز العلاج المعرفى إستثنائياً على العمليات المعرفية التى يكون المريض واعياً بها شعورياً. ويوجد دليل هام بأنه توجد عمليات هامة فى سياق النظام المعرفى والتى تحدث تحت مستوى الوعى الشعورى (أنظر: Eysenck, 1992). وإنه لعيب حقيقى خاص بالعلاج المعرفى تجاهل مثل هذه العمليات. وعلى نحو أكثر أهمية، فإن معظم العمليات المعرفية الشعورية التى درسها المعالجون المعرفيون من المحتمل أنها تعتمد على العمليات القبشعورية الأسبق.

بالرغم من حقيقة أن التغيرات المتنبئ بها فى معارف المرضى تحتل مكاناً خلال سير العلاج المعرفى، فليس من الواضح بصفة عامة كيف حدثت هذه التغيرات. ويزعم المعالجون المعرفيون أن صورتهم الخاصة بالعلاج تُنتج تغيرات مباشرة للمعلومات المخزنة فى النظام المعرفى. ومن الواضح، مع ذلك، أن التغيرات المعرفية يمكن أن تحدث بطرق مختلفة عديدة (على سبيل المثال، يمكن أن تخفض العقاقير معارف القلق والاكتئاب) .. وبكلمات أخرى، فإن التغيرات المعرفية الناتجة خلال العلاج المعرفى قد تكون نتيجة تغير قد حدث بطريقة أخرى معينة.

إن العلاج المعرفى يتضمن خليطاً من عناصر مختلفة عديدة معرفية وسلوكية. وإذا ماثبت أن أى صورة معينة من العلاج المعرفى فعالة، فإنه ليس أمراً سهلاً أن نقرر أياً من العناصر المتنوعة قد لعبت دوراً جوهرياً فى إنتاج تلك الفاعلية. وإذا كان للعلاج المعرفى أن يتطور أكثر من ذلك، فإنه سيكون من المهم جداً توضيح هذا الموضوع .

مراجع الفصل الثانى:

١- محمد الشناوى (١٩٩٤). نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٢- محمد الطيب (١٩٨١). تيارات جديدة فى العلاج النفسى، القاهرة، دار المعارف.

3- Adler, A. (1927). The practice and theory of individual psychology. Paterson, NJ: Littlefield Adams. (Reprinted in 1963).

4- Adler, A. (1963). The practice and theory of individual psychology. Paterson, NJ: Littlefield Adams. (Orignal work published in 1927).

5- Alberti, R., & Emmons, M. (1986). Your Perfect right: Aguide to assertive living (5th ed.). San Luis Obispo, CA: Impact Publishers.

6- Barlow, D. (1988). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of panic and anxiety disorders. New York: Guilford.

7- Beck, A. (1976). Cognitive therapy of the emotional disorders. New York: New American Liberary.

8- Beck, A. (1984). Cognition and therapy. Archives of General Psychiatry, 41, 1112-1114.

9- Beck, A. (1993). Cognitive approaches to stress... Lehner & R. L. Woolfolk (Eds.). P... and practice of stress mangement (2... PP. 333-372). New York: Guilford Pr...

10- Beck, A., & Clark, D. (1988). Anxiety and depres... information processing perspective. A... Research, 1, 23-36.

11- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1986). A... disorders and phobias: A co... perspective. New York: Basic Book. ...

12- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (1979). Co... therapy of depression. New York: Guil...

13- Beidel, B., Turner, S. (1986). A critispue of the theo... bases of cognitive behavioral theori... therapy. Clinical Psychology Review, 6... 197.

14- Bergin, A. (1971). The evaluation of therapeutic outco... In. A. Bergin & S. Garfield (Eds.), Hand... of psychotherapy and behavior chan... New York: Wiley.

15- Beutler, L., Cargo, M., & Arizmendi, T. (1986). Thera... variables in psychotherapy process ...

22- Davison, G., & Neale, J. (1990). Abnormal Psychology: An experimental clinical approach (5th Ed.). Chchester: Wiley.

23- De Rubeis, R., & Feely, M. (1990). Determinants of change [illegible] depression. Cognitive Therapy and Research, 14, 469-482.

24- Devoge, J., & Beck, S. (1978). The therapist-clint relationship in behavior therapy. In M. Hersen, R. Eisler, & P. Miller (Eds.). Progress in behavior modification: Volume 6 (PP. 204-248). New York: Academic Press.

25- Elkin, I., Shea, T., Imber, S., Pilkonis, P., Sotsky, S., Glass, D., Watkins, J., Leber, W., & Collins, J. (1986). NIMH treatment of depression collaborative research program: Initial outcome findings. Paper presented at meeting of the American Association for the Advancement of Science, May.

26- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.

outcome. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behaviour change (3rd Ed.). Chichester: Wiley.

16 [illegible]er, L., Hunter, I., & Lane, R. (1971). The effect of stress on dreams. Psychological Issues, 7, 1-213.

17- [illegible]win, C. (1988). Cognitive foundations of clinical psychology. London: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.

18- [illegible]rlin, A., Hoffman, H., & Woghorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: A case report. Behaviour Research and Therapy, 35, 153-158.

19- [illegible]artwright, D. (1956): Self. consistency as a factor affecting immediate recall. Journal of Abnormal and Social Psychology, 52, 212-218.

20- [illegible]artwright, D. (1979). Theories and models of personality. Dubuque, Iowa: Brown Company Publishers.

21 [illegible]hambless, D. (1990). Spacing of exposuresessions in the treatment of agoraphobia and simple phobia. Behavior therapy, 21, 217-229.

27- Ell..., A. (1970). The essence of ration emotive therapy: A comprehensive approach to treatment. New York: Institute for Rational Living.

28- E... A. (1978). The basic clinical theory of rational emotive [illegible]

Handbook of rational emotive therapy. New York: Springer.

29- ...is, A. (1997). Better, deeper and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach. New York: Brunner/ Mazel.

30- ysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology, 16, 319-324.

31- iske, D., Cartwright, D., & Kirtner, W. (1964). Are psychotherapeutic changes predictable? Journal of Abnormal and Social Psychology, 69, 418-426.

32 Freud, S. (1917). Interoductory lectures on psychoanalysis, Part III. In J. Strachey (Ed.), The complete psychological works, Vol. 16. New York: Norton.

33- Freud, A. (1946). The ego and the mechanisms of defense. New York: International Universities.

34- Gleitman, H. (1986). Psychology (2nd Ed.). London: Norton.

35- [illegible] s training for disabled adults in wheelchairs: Self-reports, role-play, and activity pattern outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 419-425.

36- Goldfried, M. (1982). Resistance and clinical behavior therapy. In P. Wachtel (Ed.), Resistance: Psychodynamic and behavioral approches (PP. 95-113). New York.

37- Goldfried, M. & Davison, G. (1976). Clinical behavior therapy. New York: Holt, Rinehart & Winston.

38- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). Cognitive processes and emotional disorders. New York: Guilford Press.

39- Hall, C. (1953). A cognitive theory of aream symbols. Journal of General Psychology, 48, 169-186.

40- H[illegible]milton, S. (1994). Object relation theory . In V. Ramachandran (Ed.), Encyclopedia of human behavior (Vol. 3, PP. 321-332). San Diego: Academic Press.

41- [illegible] Ego psychology and the problem of adaptation. New York: International Universities Press.

42- Harvard Mental Health Letter. (1994). Brief psychodynamic therapy. Part 1, Vol. 10, PP. 1-3.

43- [illegible]cker, J., Losee, M., Fritzler, B., & Fink, C. (1996). Self-directed versies therapist- aireted cognitive behavioral treatment for panic disorder. Journal of Anxiety Disorders, 10, 253-265.

44- lecker, J., & Thorpe, G. (1992). Agraphobia and panic: A guide to psychological treatment. Boston: Allyn & Bacon.

45- Hollon, S., & Kriss, M. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. Clinical Psychology Review, 4, 35-76.

4[illegible] Horgan, J. (1996, December). Why freud isn't dead. Scientific American. PP. 106-111.

47- Kaul, T., & Bednar, R. (198[illegible]). Experiential group research: Results, questions, and suggestions. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behaviour change (3rd Ed.). Chichester: Wiley.

48- Kazdin, A. (1994). Behavior modification in applied setting (5th Ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

49- Kehoe, E. , & Macrae, M. (1998). Classical Conditioning In W. O'Donohue (Ed.), Learning and behavior therapy (PP. 36- 58). Boston: Allyn & Bacon.

50- Kendall, P., Kipnis, D., & Otto-Salaj, L. (1992). When clints do not progress: Infuences on and explanations for lack of progress. Cognitive Therapy and Research, 16, 269-281.

51- Keuthen, N.(1980). Subjective probability estimation and somatic strutures in phobic indviduals. Unpublished manuscript, State University of New York at Stony Brook.

52- Klein, M. (1960). The psychoanalysis of children. New York: Greve Press.

52- Kle.., D. (1974). Endogenomorphic depression. Archives of Generar Psychiatry, 31, 447-454.

53- K..lenberg, R., & Tsai, M. (1991). Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationship. New York: Plenum.

54- K..ut, H. (1971). Analysis of the self. New York: International Universities Press.

55- K..ntz, S. (1985). When depressive cognitions reflect negative relities. Cognitive Therapy and Research, 9 (6), 595- 610.

56- K..ause, M. (1964). An analysis of Carl Rogers' theory of personality. Genetic Psychology Monographs, 69, 49- 99.

57- ..venson, H., & Strupp, H. (1997). Cyclical maldadaptive patterns: Case formulation in time-limited dynamic psychotherapy. In T. Eells (Ed.), Handbook of pychotherapy case formulation (PP. 84-115). New York: Guilford.

58- ..k, J. (1975). Expectancy, false galuanic spain response feedback and systematic desensitization in the modification of phobic behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 557-567.

59- Luborsky, L. (1997). The core conflictual relationship theme: A basic case formaulation (PP. 58-83). New York: Guilford.

60- Luborsky, L., & Spence, D. (1978). Quantitative research on Psychoanalytic therapy. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis (2nd Ed.). New York: Wiley.

61- Marks, I. (1969). Fears and phobias. New York: Academic Press.

62- Maslow, A. (1970). Toward a psychology of being (3rd Ed.). New York: Han Nostrand.

63- Masters, J., Burish, T., Hollan, S., & Rimm, D. (1987). Behavior therapy: Techniques and empirical findings (3rd Ed.). San Diego: Harcovrt Brace Jovanovich.

64- Matson, J., Sevin, J., Fridley, D., Love, S. (1990). Increasing spontaneous language in autistic children.

Journal of Applied Behavior Analysis, 23, [illegible]

65- [illegible]ain, D. (1995). Cognitive-behavioral therapy in historical perspective. In B. Bongar & L. Beutler (Eds.), Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice (PP. 140-158): New York: Oxford University Press.

66- Messer, S., & Woltizky, D. (1997). The traditional psychoanalytic approach to case formulation. (PP. 26-57). New York: Guilford.

67- [illegible]ergen, S., Merkel, W., & Brown, S. (1990). The use of covert sensitization and social skills training in the treatment of an obscene telephone caller. Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 21, 269-275.

68- Nelson, R., & Barlow, D. (1981). Behavioral assessment: Basic strateies and initial procedures. In D. Barlow (Ed.), Behavioral assessment of adult disorders (PP. 13-44). New York: Guilford Press.

69- Newmark, C., Frerking, R., Cook, L., & Newmark, L. (1973). Endorsement of Ellis irrational beliefs as a function of psychopathology. Journal of Clinical Psychology, 29, 300-302.

70- Ost, L., Hellstrom, K., & Kaver, A. (1992). One-Versus five-session exposure in the treatment of needle phobia. Behavior Therapy, 23, 263- 282.

71- Paul, G. (2000). Milieu therapy. In A. Kazdin (Ed.), The encyclopedia of psychology. Washington, D. C.: American Psychological Association

72- Paul, G., & Lentz, R. (1977). Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social learning programs. Cambridge, MA: Harvard University Press.

73- Perls, F., Hefferline, S., & Goodman, P. (1951). Gestalt therapy. New York: Julian Press.

74- Poppe, C., Diguer, L., Luborski, L., Faude, J., Johnson, S., Morris, M., Schoffer, N., Schaffler, P., & Schmidt, K. (1996). Repetitive relationship themes in waking narratives and dreams. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1073-1078.

86- ...an, H (1954). The psychiatry interview, New York: W.W. Norton.

87- ...livan, K., & Bradbury, T. (1996). Preventing marital [illegible] secondary strategies. The Behavior Therapist, 19, 33-36.

88- ...er, P. (1995). Adult social skills: State of the art and future directions. In W. O'Donohue & L. Krasmer (Eds.), Handbook of Psychological skill training. Clinical techniques and applications (PP. 54-80). Boston: Allyn & Bacon.

89- ...rkat, I., & Brantley, P. (1981). On the therapeutic relationship in behavior therapy. The Behavior Therapist, 4, 16-17.

90 Watson, J., & Rayner, M. (1920). Conditioned emotional reactions. Journal of Experimental Psychology, 3, 1-14.

91- ...lson, G., & O'Leary, K. (1980). Principles of behavior therapy. New Jersey: Prentice-Hall.

92- ...olpe, J. (1982). The practice of behavior therapy (3rd Ed.). New York: Pergamon Press.

93- ...ercher-White, E. (1997). Treating panic disorder and agraphobia: A step-by-step clinical guide. Oakland, CA: New Harbinger.

الباب الثانى

أخلاقيات العلاج النفسى

الفصل الثالث: القضايا الخاصة بالعملاء والمعالجين .

الفصل الرابع: القضايا الأخلاقية والقانونية فى العلاج النفسى.

العملاء الذين في إستشاراتهم الأولى، يكونوا مضطربين وقلقين ... مضطهدفين وفي بعض الأحيان يكونوا عدائيين وسلبيين للغاية. ومما ليس من ا... كن تجنبه تقريباً، أن القضايا الأخلاقية المعقدة سوف تنشأ في محيطات ... ل فيها العلاج وأشكال العلاج الأخرى مكاناً.

وقد عرضنا سابقاً بعض هذه القضايا بشكل موجز ... سواعد والحقوق في العلاقة العلاجية، والسرية الخاصة بالمعلومات المعروفة ... لعميل. وفي هذا الفصل نركز على قضايا إضافية عديدة لم تغط بشكل ... في هذا الكتاب.

فلم يحتو كود جمعية علم النفس الأمريكية (APA, 1990) ... لاتفاقيات مجموعة مقسمة للمبادىء الأخلاقية المتعلقة مباشرة بالعـ... وفي هذا الخصوص، قدمت المبادىء الأخلاقية عام (١٩٩٢) تحـ... اً دالاً. على سبيل المثال، يتطلب معيار ٢٠ر٤ للكود ١٩٩٢ أن «يحصل الأ... ـائيون النفسيون على موافقة معلومة ملائمة للعلاج أو الاجراءات المتعلقة» (APA, 1992:1605) . وكجزء من هذه العملية، يلتزم الأخصائيون الـ...سيون بإخبار المشاركين الممكنين في العلاج «بمعلومات دالة تتعلق بالإجراء»، بصورة ما موثقة. وبالرغم من أن معيار ٢٠ر٤ يجعل من الواضح أن طريقة معينة من الموافقة يجب الحصول عليها من العملاء، إلا أنه لم يتحقق هذا المطـ... بأية طريقة واضحة. وهكذا، فإن كثيراً من المؤلفين العاكسين للقانوني ١٩٩... و١٩٩٢ ، قد سعوا إلى تقديم أرائهم حول كيفية أن عملية الموافقة يـ... أن تحتل مكاناً. وقد شك بعضهم فيما إذا كانت الموافقة يجب أن يسعى ...ـها على الإطلاق. وموضوع آخر يدور حوله جدال كثير، ألا وهو ما إذا كان المعالج والعميل يجب أن يبرما عقد مكتوب خاص بموافقة معلومة.

هذه المجادلات الخاصة بالمواد واجراء الموافقة المعلومة للعلاج تعتبر هامة في حد ذاتها، ولكنها تزيد كذلك على نحو أكبر، قضايا أكثر على نحو مفرط. ما الذى تعالجه عملية الموافقة، إذا ما وُجدت، على سبيل المثال، طبيعة العلاقة بين المهني والشخص الذى يسعى للعلاج؟ وما هي المبادىء المعنوية التي تُعزز عن طريق الموافقة؟ وهل الحصول على موافقة يعزز قيماً معينة، أم يُعرض قيماً أخرى للخطر؟ وهل الحصول على موافقة يتلف- إذا لم يدمر- القيمة الخاصة بأشكال معينة من العلاج؟

والقضايا المنفردة للعميل/المعالج تكون معقدة على نحو كاف، وتصبح متضخمة بشكل هندسى حينما يصبح المنغمسون فى العلاج زوجين أو أسرة أو جماعة. وتصبح القضايا السرية أهم بطبيعة الحال. ومع ذلك، فإن الحقيقة المعقدة هى أن العلاج الأسرى غالباً ما يتضمن الأطفال. فهل يجب أن يكون لهم الحق فى العلاج؟ وهل لهم حقوق مستقلة فى الخصوصية التى يجب أن تُحترم؟ وهل يجب الزعم بأن الوالدين يمثلان إهتمامات أطفالهما؟ ومتى، إذا حدث، يجب أن يعمل المعالجون كنصراء للأطفال؟

ومن المهم أن هذا الباب يغطى هذه المشاكل التقليدية (مع أنها لم تُحل بعد، ولن تُحل). ومع ذلك، فإن مجال علم النفس غير محدود بصور العلاج المنطوقة، وجهاً لوجه. على سبيل المثال، الأخصائيون النفسيون منغمسون بشكل متزايد فى الطب السلوكى، مثل إدارة الضغط والألم. علاوة على ذلك، من المستحيل تجاهل المناقشة التى تثار حالياً على مجهود كثير من الأخصائيين النفسيين الأقوياء والمؤثرين للحصول على الحق فى أن يكونوا أخصائيين نفسيين مرخصين (لديهم رخصة للعلاج)، يُعطون تدريباً ملائماً، لوصف أدوية مضادة للذهان وأخرى مضادة للاكتئاب. وبالإضافة إلى ذلك، فإن

بعض الأخصائيين النفسيين يكتبون نصوصاً لمساعدة الذات تصبح كتباً هى الأروج فى فترات معينة، فى حين أن آخرين يُجرون علاجاً بالتليفون [illegible] البريد الإلكترونى (ومن المحتمل عن طريق الفاكس).

ولاينغمس الأخصائيون النفسيون فقط فى صور مختلفة [illegible] ولكن تتم مواجهتهم كذلك بمجموعة متنوعة من العملاء والنساء بصفة عامة، والجنسيون المثليون، والمساحقات، والأقلية العرقية، وأولئك [illegible] من مجتمعات ريفية، والناس ذوو الاعاقات غالباً مايواجهون المعالج النفسى المسئول بوفرة من القضايا الأخلاقية. وفى النهاية قد تبقى المشاكل الأخلاقية حتى بعد موت المعالج. خذ فى الاعتبار، على سبيل المثال، ماهى الالتزامات الأخلاقية التى لدى الأخصائيين النفسيين تجاه مرضاهم الذين فى تفكير يتعلق بموتهم الخاص؟

هذه هى القضايا التى سوف يتم تغطيتها فى الباب الحالى. والـ[illegible]يات التى تقدمها تُظهر بوضوح أن العلاج الجيد هو أكثر من تقنية أو [illegible] مص عاطفى أو نظرية سليمة.

وسوف نعرض الباب الحالى فى فصلين أساسيين، يتناول أحدهما القضايا الخاصة بالعملاء والمعالجين، ويتناول ثانيهما القضايا الأخلاقية والقانونية فى العلاج النفسى.

الفصل الثالث

القضايا الخاصة بالعملاء والمعالجين

تمهيد:

يهتم هذا الفصل بتناول القضايا الخاصة بالعملاء والمعالجين، متمثلة فى:

أولاً: حقوق العملاء ومسئوليات المعالجين، وهنا يتم عرض المبادىء الأخلاقية فى العلاقة العلاجية، ونوضح كيف أن توكيد العملاء يؤدى إلى إختيارات مدعومة، كما نهتم بعرض قضايا عن القرارات المعلومة، والموضوعات الخاصة بالعقود.

ثانياً: تسهيل الموافقة المعلومة للعلاج النفسى للمرضى الخارجيين حيث يتم عرض شكل كتابى مقترح للموافقة على العلاج النفسى فى حالة علاج مرضى غير مودوعين فى المؤسسات العلاجية.

ثالثاً: المعالج النفسى المسئول، وهنا يتم عرض أساسيات موصى بها لأخلاقيات العلاج النفسى.

رابعاً: خطوط إرشادية للعلاج مع النساء، وهنا يتم تقديم مجموعة من الخطوط الإرشادية التى يجب مراعاتها فى العلاج النفسى مع النساء.

والآن، سوف نلقى الضوء على كل من هذه المحاور الأربعة كل على حده.

أولاً: حقوق العملاء ومسئوليات المعالجين

يدعم معظم المعالجين النفسيين على نحو رسمى المبادىء الأخلاقية لمهنهم. وتستلزم هذه المبادىء بتعزيز رفاهية العملاء وتأكيد حقوقهم.

المبادىء الأخلاقية فى العلاقة العلاجية:

بتأكيد حقوق العملاء، يستطيع المعالجون أن يطابقوا مساواة ومسئولية عملائهم بالنسبة لمشاركتهم فى العلاج، وإلى أقصى حد بالنسبة لحياتهم. وبالإضافة إلى ذلك، تأكيد أماكن حقوق العملاء المطابقة للمسئوليات على العملاء. ويُتوقع من العملاء أن يختاروا بحكمة، للاستفادة من المعلومات المقدمة، ولافتراض الضبط فى مشاركتهم فى العلاج. وبمساعدة العملاء على قبول حقوقهم ومسئولياتهم، يشجع المعالجون الأداء الصحى وكذلك الصحة النفسية. وبأخذهما معاً، فإن هذه المسئوليات والحقوق التى تُتبع من المعايير الأخلاقية يتكون نموذج لممارسة العلاج الذى يمكن أن يتناقض مع نماذج أخرى..

ويمكن أن يقدم هذا النموذج فوائداً للمعالجين وللمهنة. ويمكن أن يجعل توكيد حقوق العملاء المعالجين الممارسين أكثر فاعلية. كما يمكن أن يشجع الاتصال المفتوح الخاص بطرق وأهداف العلاج على التوقعات الفعلية الخاصة بالعلاج والنتيجة. والعلاج الذى يكون حساساً لحقوق العملاء قد يكون قادراً على تقليل المآزق العلاجية إلى أدنى حد وكذلك الإنهاءات أحادية الجانب النابعة من عدم الرضا غير اللفظى للعميل. وفى النهاية، يمكن أن يحمى توكيد حقوق العملاء الممارس من الاجراءات الجنائية أو الخاصة بسوء الممارسة (Roston & Sherrer, 1973). وإذا لم يكن التنظيم الداخلى للمهنة فعـ على نحو مرنى فى حماية العملاء، فإن الممارسة المهنية قد تكون مفتوحة لتنظيم خارجى.

مضمونات للتدريب:

يكون معالجون قليلون مستعدين على نحو كاف عن طريق تدريبهم لتنفيذ المعايير الأخلاقية فى الممارسة... ويجب أن ينشىء التدريب صورة للعملاء كأقوياء، وراشدين مسئولين، ويغرسوا إحساساً بالمسئولية لدى المعالجين بالنسبة لحقوق وكرامة العملاء. وكما إقترح كيسلر (Kessler, 1977)، يجب أن نعيد التفكير ونعيد تنظيم برامجنا التدريبية إذا كان لممارستنا للعلاج أن تكون متسقة مع مبادئنا الأخلاقية....

توكيد العملاء يؤدى إلى إختيارات مدعومة:

أولاً: يحتاج العملاء إلى معرفة الاجراءات والأهداف والتأثيرات الجانبية للعلاج. وتُناقش بعض القضايا المتضمنة فى تقديم وصف إجراءات وأهداف العلاج فى القسم أدناه الخاص بتأسيس عقد. والقضية الخاصة بما إذا كان للعميل أن يعلم بتأثيرات جانبية ممكنة للعلاج يولد جدلاً أكثر. وتكون المعلومات الخاصة بالتأثيرات الممكنة غير المباشرة أساسية إذا كان للعميل أن يزن الفوائد والمخاطر الخاصة بالدخول فى العلاج (Coyne, 1976a). وحديثاً فقط حول الأخصائيون النفسيون إنتباهم إلى مسألة تأثيرات العلاج غير المباشرة (Strupp & Hadley, 1977) . وهكذا، فإن مزيداً من الأبحاث يُحتاج إليها لتوسيع معرفتنا الخاصة بالتأثيرات غير المباشرة.

والموضوع الذى يتلقى الآن كثيراً من الانتباه هو الثقة والاتصال المتميز فى العلاج. ومدى الثقة فى الإتصال والسجلات يكون محدوداً على نحو أكثر بكثير من الافتراض. والطرف الثالث- المدفوع له- قد يطلب من المعالج أن يجهز المعلومات التى لن يرغب فى إفشائها، مثل هذه المعلومات تكون متاحة للاستعادة بواسطة اخرين. وقد لا تكون الثقة فى العلاج الجماعى محمية تحت قوانين الإتصال المميز رغم أن كثيراً من المعالجين والعملاء يفترضون ذلك (Meyer & Smith, 1977). وتقدم بعض العلاجات بطبيعتها إجراءات وقائية للثقة أقل من الأخرى. على سبيل المثال، ... فى العلاج الزواجى، قد يثير المعالج إفشاءات تضر فيما بعد العلاقة الزواجية (Rubin & Mitchell, 1976). وقد يفحص المعالجون الحاجة إلى إعلام العملاء أن حالاتهم قد تناقش أحيانا مع زملاء أو مشرفين أو فى مؤتمر (Bersoff, 1975: 270).

ثانياً: يحتاج العملاء إلى معلومات عن صفات المعالج ليعملوا إختيارات معلومة عن دخول العلاج. وقد يكون لدى العملاء شكوكاً بخصوص تخصصات وتدريب المهنيين المتنوعين. وكما إقترح ونبورن (Winbon,1997)، تكون «التسمية الأمينة» ضرورية إذا ما كان للإختيارات المعلومة أن تتم. ويختلف المعالجون حول مدى المعلومات عن المهارات والمؤهلات والتدريب الذى يُقدم للعميل. ومع ذلك، لا يكون المعالجون فى التدريب هم وحدهم الذين يجب أن يُعلموا العملاء عن وضعهم ومؤهلاتهم. وتقديم وصف للمهارات والخبرة والاستجابة لاستفسارات العملاء يحمى كلاً من المعالج والعميل من توقعات غير واقعية قد يعتنقها العميل.

ثالثاً: يحتاج العملاء أن يعرفوا عن بدائل العلاج النفسى. ومن غير العادى للمعالجين أن يشاركوا فى المعلومات الخاصة عن المصادر البديلة مع عملائهم. ومع ذلك، فإن المعايير بالنسبة للمقدمين تقرر أن المعالجين لديهم مسئولية لإعلام أنفسهم عن شبكة الخدمات البشرية فى مجتمعاتهم واستخدام هذه المعرفة فى عمل [illegible] العملاء بالمصادر المتاحة محدودة عادة، فإن على المعالجين مسئولية تقديم هذه المعلومات....

قضايا عن القرارات المعلومة:

متى يجب تقديم المعلومات؟

يجد بعض المعالجين (على سبيل المثال: Winborn, 1977) أن الوقت التفاؤلى لتعليم العملاء عن العلاج هو نهاية المقابلة الأولى. ومع ذلك، قد لاينطبق هذا بالنسبة للعملاء الذين يدخلون العلاج فى أزمة. وبالنسبة للعملاء الذين يضطربون بعمق، فإن المعالج قد يوازن الحاجة إلى تقديم مساندة مباشرة وشفاء مقابل المسئولية لاستكشاف ما إذا كان المعالج قد أتى للمكان الصحيح للمساعدة. ومع ذلك، حتى إذا أجل فحص العلاج وبدائله لجلسات عديدة، فلايجب أن تضيع فرصته.

كيف يجب تقديم المعلومات عن العلاج وبدائله؟

قد يتم تقديم أنواع شفهياً أو تحريرياً أو على شريط سمعى أو مرئى. ويمكن تقديم أنواع معينة من المعلومات عن طريق مستقبل أو مقابل يأخذ المعلومات. وفى بعض الأحيان قد يخفض المعالجون أو يتنازلون عن الأتعاب لمثل هذه الجلسة الخاصة بتحصيل المعلومات.

ويجب أن تتسق طريقة تقديم المعلومات للعملاء بالمبدأ للاختيار المعلوم. وتعتبر التحيزات والمعلومات غير الدقيقة هى إنتهاك لهذا المبدأ. على سبيل المثال، يمكن أن يكون المعالجون حذرين لتحيز البديلة على نحو معقول. وقد تحدث ورطة أخلاقية حينما تكون مشاعر قوية عن ماهو منهج العمل الذى يكون أفضل للعميل. وفى الحالات قد يشعر المعالج بأنه ملتزم بتوجيه هذه المشاعر للعميل، بخاصة إذا مال العميل نحو منهج أو عمل آخر. والتوصية بمنهج أو عمل يرى كتعزيز رفاهية العميل. ومع ذلك، حينما يصر ويتشبث المعالج بمنهج عمل، فإن حق العميل للاختيار يتضاءل.

هل يوجد عيوب لتحقيق حقوق العملاء فى قرارات معلومة

قد تقنع مناقشة مبتسرة أو متحمسة بإفراط خاصة بالبدائل العميل بأن المعالج لايريده فى العلاج. والعيب الآخر هو أن بعض العملاء المحتملين أو الممكنين قد يختاروا مصادراً للمساعدة غير العلاج. وبالنسبة للمعالجين الذين تعتمد سبل رزقهم على عملائهم، فإن هذا قد يكون مزعجاً نوعاً ما. ومع ذلك، فإن القلق بالنسبة لفقد العملاء يجب أن ينظر إليه وفقاً للمنظور. وينتهى كثير من العملاء الممكنين بعد المقابلة الأولى على أى حال. وقد تؤدى المناقشة المفتوحة للعلاج وبدائلها إلى أن يستمر بعض هؤلاء العملاء فى العلاج.

وقد يشعر بعض المعالجين ذوى التوجه السيكودينامى (التحليل النفسى) بأن معلومات تفصيلية عن العلاج والمعالج تؤدى إلى خفض أو تشويه علاقة الطرح (Wolberg, 1967) . ويشعر معالجون آخرون بأن الإفشاء يعزز علاقة العملاء - المعالجين.

تأسيس الإتصال:

تؤكد المبادىء الأخلاقية أن المعالجين يجب أن يعلموا العملاء عن غرض وطبيعة العلاج وأن العملاء لهم حرية الاختيار عن مشاركتهم. وتحدد عملية تقديم المعلومات والحصول على موافقة عن طريق إستعمال إتصال العلاقة العلاجية كمسعى مشترك يساهم فيها المعالج بالمعرفة والمهارة فى علم النفس ويحضر العميل إليها لمعرفة شخصية متخصصة وإلتزام بالعمل على مشاكله (Adams & Orgal, 1975) ، وإبتكار إتفاق تعاقدى هو تفاوض بين الشركاء.

والغرض من الاتصال هو تحديد العلاقة العلاجية. ويشجع إبتكار عقد- سواء أكان مكتوباً أو لفظياً- العميل والمعالج على تحديد الأهداف، والتوقعات، والحدود الخاصة بالعلاج. وتعيين كل من المشكلة (أو التشخيص، إذا عُمل أحدهما) والعلاج يجعل المهنة أكثر مسئولية (Schulberg, 1976). وبالإضافة إلى ذلك، فإن العقد يمكن أن يمنع سوء التفاهم الخاص بالمسئوليات والطرق والترتيبات العملية الخاصة بالعلاج. وفى هذا الخصوص، يمكن أن تحمى العقود كلاً من المعالج والعميل من الإحباط أو التوقعات الزائفة.

وتحدد معظم عقود العلاج بعض أو كل الطرق التالية للعلاج، وأهدافها، وطول وتكرار الجلسات، وفترة العلاج، وتكلفة وطرق الدفع، وشروط للإلغاء وإعادة التفاوض الخاصة بالعقد، ومدى كل من مسئولية الشخص، ودرجة الثقة. وتختلف القضايا التى يغطيها كل عقد طبقاً لتوجه المعالج وميل العميل... فيميل بعض المعالجين على طبيعة العلاقة، ويقدم معالجون آخرون تحديدات دقيقة لمدى الثقة. ويثير العقد الذى يتضمن عملاء عديدين- كما فى العلاج الزواجى والأسرى أو العلاج الجمعى- مشاكلاً خاصة. وبالمثل، فإن الشخص يجب أن يكون حساساً بصفة خاصة للقضايا الأخلاقية حينما يتم

التعـاقـد مع عـمـيل طفل، والذى قـد يكون فى وضع لإتفـاق ذى معنى (Robinson, 1974). وكلما كان العقد أكثر تفصيلاً كلما كان أكثر تكراراً حينما يتم إعادة التفاوض بسبب تغير ظروف العميل وإبتكار أهداف علاج، ويعتبر إعادة التقييم الدورى والمراجعة هما جزء تكاملى من عملية الت...

ويهيىء المثال التالى الخاص بعقد من نموذج مقترح بواسطه مجموعة الأبحـاث الصحيـة، مجموعة رالف نادر (Adams & R. Nader group Orgel, 1975).

أنا (فلان)، أوافق على الالتحاق بدكتور (فلان) كل ثلاثاء من ... م..... شهر..... عام ..... إلى يوم ..... شهر..... عام ..... ، فى الساعة الثالثة بعد الظهر خلال هذه الجلسات العشرة التى يبلغ زمن كل منها ٤٥ دقيقة، سوف توجه جهودنا المشتركة نحو ثلاثة أهداف:

١- تمكينى من عمل مناقشات مع قرينى بدون غضب.

٢- تفسير يرضينى لسبب تجنبى زيارة والدى.

٣- التغلب على مخاوفى من مقابلة أفراد جدد.

أوافق على دفع ٥٠ جنيهاً للجلسة من أجل استخدام مصادرها، وتدريبها، وخبرتها كجلسة علاجية. وهذا المبلغ قابل للدفع فى وقت الجلسة.

إذا لم أرضى بالتقدم المعمول على هذه الأهداف، قد ألغى أى مواعيد مستقبلية بشرط أن أعطى للدكتور (فلان) إنذاراً بنيتى على الإلغاء قبل الميعاد بثلاثة أيام. وفى هذه الحالة، أكون/لا أكون دافعاً لجلسات لم تتم. مع ذلك، إذا تم فقد جلسة بدون إنذار مسبق بـ ٢٤ ساعة، أكون/لا أكون مسئولاً مالياً عن تلك الجلسة المفتقدة، ويستثنى من هذا الترتيب الحوادث أو الأمراض غير المتنبئ بها أو التى لايمكن تحاشيها أو تجنبها.

وفى نهاية عشر جلسات، أوافق أنا ودكتور (فلان) على أن نتفاوض مرة أخرى بخصوص هذا العقد. ونحن نضمن إمكانية أن الأهداف المقررة ستكون قد تغيرت خلال فترة العشر جلسات. وأفهم أن هذا الإتفاق لن يضمن أننى سأكون قد حققت هذه الأهداف. ومع ذلك، لن يكون عرضاً من جانبى لأن أدفع للدكتور (فلان) عن الوصول إلى مصادرها كجلسة علاجية وقبولها لتطبيق كل هذه المصادر كمعالجة بنية طبية.

واشترط بالاضافة إلى ذلك أن هذا الإتفاق يصبح جزءاً من السجل المقبول لكلا الطرفين ساعة مايشاء الفرد، ولكن ليس لشخص آخر دون موافقة مكتوبة. وسوف يحترم المعالج حقى فى المحافظة على السرية الخاصة بأى معلومات متصلة بى للمعالج خلال منهج العلاج.

وإنى (أعطى/لا أعطى) إذن للدكتور (فلان) ليسجل على شريط مسموع الجلسات ليقوم باستعراضها. ومع ذلك، فلن تنشر أو تتواصل أو غير ذلك من تفشى بدون موافقتى المكتوبة، وأى من هذه المعلومات التى إذا مانشرت يمكن أن تؤذينى بأية طريقة.

إمضاء العميل

إمضاء المعالج

التاريخ

موضوعات خاصة بالعقود:

هل يجب أن يحدد العقد كل التقنيات؟

يجب تحديد التقنيات التى قد تكون فى تنافر مع قيم العملاء. ويجب أن يعرف العميل ما إذا كان العلاج سوف يتكون من الحديث أو لعب الدور أو

عمل جسمى إذا استُخدمت تقنيات منفرة وإذا توقع الشخص أن يأ... دواء أو إذا آخرون- مثل أعضاء الأسرة- سيكونوا منغمسين، وإذا كان الشخص سوف يتوقع منه أن يلتحق بمجموعة. ويجب أن يؤمن المعالجون الذين يتابعون العملاء إذنهم فى العقد، حتى إذا كان هذا التحيز لاستجابات ... قبلية. وتكون بعض الممارسات مثل العلاقات الجنسية مع العملاء غير ... قية، وتبقى هكذا سواء وافق أم لم يوافق العميل. وقد نوقش أن صور العلاج التى يعارض لها بعض المعالجين، مثل الصياح الأولى أو علاج «المداعبة» ... ب أن يُسمح به إذا وافق العملاء بحرية عليه مع معرفة كاملة بالمخاطر والفوائد. وإستخدام العقود لايمكن أن يحمى العملاء من إتخاذ قرارات لا تكون متوائمة مع أفضل إهتماماتهم. ومع ذلك، إذا وجد إختلاف ضخم فى قوة المساومة لأطراف التعاقد بحيث لايملك العميل إختياراً حقيقياً أو بديلاً، فإن ... هذا التعاقد قد يعتبر خالياً من الضمير قانوناً (S... witzgebel, 1975; 1976).

ماذا إذا كان لدى المعالج مشاكل أخلاقية وشخصية مع ... هدف العميل؟

يمكن أن تنشأ صعوبات خاصة فى أهداف محدودة فى العلاجات التى تتضمن أكثر من شخص واحد مثل العلاج الجمعى أو الزواجى أو الأسرى... ويجب أن يكون المعالجون حذرين بالنسبة لمساندة الأهداف من أجل المحافظة على وحدة الأسرة التى تهيمن على حقوق الأفراد.

ويقدم العلاج مع الأطفال إعتبارات خاصة. وبعض المعالجين الذين يعملون مع الأطفال يناصرون العقد لأنه يشجع على ضبط الذات ويؤجل الإشباع. ومع ذلك، تبدو هذه هى أهداف الوالدين والمعالج وليست أهداف الطفل. وقد ... المعالج من الصعب مساندة الأهداف الوالدية التى تنكر حقوق العميل الذ... وقد لايتم التنازل عن حقوق معينة للأطفال (Sehdev, 1976). وقد تم إقتراح أن الطفل الذى ليست له القدرة على إعطاء موافقة كاملة غير مضغوطة يجب أن يكون له نصير غير الوالد أو المعالج (Koocher, 1976).

كيف يجب أن يستجيب معالج لعميل لايريد عقداً؟

بالنسبة للمعالج الذى يشعر بشدة بالمرغوبية فى تحديد الأهداف والترتيبات بالنسبة للعلاج، قد يكون العقد مثل جزء متكامل خاص بالتقنية التى لن يعمل بدونها. وقد يرفض بعض العملاء عقداً لأنهم يشكون أن العقد يقصد به فائدة للمعالج وحده. فبالنسبة لهؤلاء العملاء وكذلك العملاء الآخرين، يكون العقد كفكرة غير عادية قد تتطلب تفسيراً هائلاً. ومع ذلك، يجب أن يقدم التفسير على نحو يستطيع للعميل الحق فى رفضه... .

ثانياً: تسهيل الموافقة المعلومة للعلاج النفسي للمرضى الخارجيين
شكل كتابي مقترح

حينما تأتى للعلاج، تشترى خدمة، وتحتاج لذلك معلومات لا... قرار جيد. وأدناه بعض الأسئلة التى قد تريد توجيهها. وقد تحدثنا عن بعض منها. وأنت مفوض لسؤالى أياً من هذه الأسئلة متى أردت أن تعرفها. وإذا لم تفهم إجاباتى، إسئلنى مرة ثانية.

١- العلاج:

أ) كيف ينجح نوع علاجك؟

ب) ماهى المخاطر الممكنة المتضمنة؟ (مثل الطلاق، الاكتئاب).

جـ) ما النسبة المئوية لتحسن العملاء؟ فى أى نواح؟

د) ما النسبة المئوية لعدم تحسن العملاء؟

هـ) ماهى النسبة المئوية لتحسن أو عدم تحسن العملاء بدون هذا العلاج؟

و) ما طول المدة التى سوف يستغرقها العلاج تقريباً؟

ز) ما الذى يجب أن أفعله إذا شعرت أن العلاج لا ينجح؟

٢- البدائل:

أ) ماهى أنماط العلاج أو المساعدة الأخرى التى توجد؟ (مثل جماعات المساندة).

ب) ما مدى نجاحها؟

جـ) ماهى مخاطر هذه المجالات الأخرى؟

٣- المواعيد:

أ) كيف تجدول المواعيد؟

ب) ما طول الجلسات؟ هل يجب أن أدفع أكثر لجلسات أطول؟

جـ) كيف أستطيع الوصول إليك فى أية طوارىء؟

د) إذا لم تكن متاحاً، فمن يكون موجوداً لكى استطيع التحدث إليه؟

هـ) ماذا يحدث إذا كانت الحالة سيئة أو كنت مريضاً؟

٤- السرية:

أ) مانوع السجلات التى تحتفظ بها؟ من يستطيع الوصول إليها (شركات التأمين، المشرفون).

ب) ماهى الحالات التى يُسمح لك فيها أن تخبر الآخرين عن الأشياء التى نناقشها؟ (التهديدات الانتحارية أو القتل، إساءة الطفل، قضايا المحاكم، شركات التأمين، المشرفون).

جـ) هل لأعضاء آخرين من أسرتى أو المجموعة الحق فى الوصول إلى المعلومات؟

٥- الأتعاب :

أ) ماهى أتعابك؟

ب) ماطريقة الدفع؟ فى الجلسة، أو شهرياً، إلخ؟

جـ) ما هى سياستك بخصوص رفع الأتعاب؟ (على سبيل المثال، كم عدد المرات التى رفعتها فى السنتين الماضيتين؟)

و) إذا فقدت مصدر داخلى، فهل يمكن تخفيض الأتعاب؟

ز) إذا لم أدفع الأتعاب، فهل تقدمنى إلى محكمة المطالبات الصغيرة؟ وهل تستخدم وكالة تحصيل أو محامياً؟ وتحت أية ظروف؟

٦- امور عامة:

أ) ماهو تدريبك وخبرتك؟ هل لديك رخصة، وهل يتم الإشراف عليك، وهل تشهد لك هيئة؟

ب) من الذى أتحدث إليه إذا كان لدىّ شكوى بخصوص العلاج الذى لايمكن أن تصل به إلى النجاح؟ (على سبيل المثال، المشرف، هيئة ممتحنى الأخصائيين النفسيين).

ويتناول العقد (كراسة الشروط) معظم هذه الأسئلة. وسوف أكون سعيداً بتفسيرها، وبالإجابة على أسئلة أخرى توجهها. وسوف يساعد هذا على إتخاذ قرارك بحيث يكون قراراً جيداً. وتستطيع أن تحتفظ بهذه المعلومات. من فضلك إقرأها بعناية فى المنزل. وسوف تفحص هذه أيضاً من وقت إلى آخر.

ثالثا: المعالج النفسى المسئول

اساسيات يُوصى بها لأخلاقيات العلاج النفسى:

سوف [illegible]

العلاج النفسى (عقود، موافقة معلومة، ومشاركة متساوية فى القرار) غالباً ماتكون غير متناسقة مع الدور والمسئوليات العرضية للمعالج ومسئوليات القدرة الخاصة بالمعالج والمريض، وإنها قد تكون لها تأثير مضاد لذلك المقصود. وتركز المناقشة على إستخدام العقود والموافقة المعلومة وتصنف المجادلات الخاصة بالمشاركة المتساوية فى القرارات.

اساسيات يوصى بها تجاه المسئوليات الخاصة بالدور:

إن المعالجين مرتبطون بالواجب المهنى ليكونوا أخلاقيين وفعالين فى كل قراراتهم (Redlich & Mollica, 1976: 125) ولكن واجبنا الأعظم هو لمرضانا أو عميلنا والالتزام يكون باعطاء خدمة (Foster, 1975: 55). وإنه بالتأكيد فى نطاق مسئولية الدور للمعالج أن يكون أخلاقياً (APA, 1977, 1979)، ولكن فى أوقات يمكن أن تكون الأخلاقيات مضادة للعلاج. ومايكون أخلاقى قد لايكون فعالاً، ومايكون فعالاً قد لايكون أخلاقياً. وفى المستوى الأعلى للتجريد يكون التصادم بين الحق لحرية الفرد والإستقلال والاختيار الشخصى وبين الواجب المهنى للطبيب للشفاء والعلاج (Foster, 1978: 71).

وتشتق إمكانية التنافر المطلق بين العلاج الأخلاقى والعلاج الفعال جزئياً من حقيقة أن التوصيات الأخلاقية إما أنها لا تتبع أى نموذج نظرى للعلاج النفسى أو المرض النفسى أو تتبع من بعض النماذج ولكن ليس من الأخرى

إنما تتبع هذه الاعتبارات التى قد يجد فيها بعض المعالجين صعوبة ى عمل ممارسات معينة تتناغم مع تقنياتهم العلاجية. على سبيل المثال، الاستقلال وحرية الاختيار هما مركزان أخلاقيان متسقان مع تفكير ديمقراطى، ى حين أن كلاً منهما هدفاً، وتقنية للعلاج النفسى الوجودى يتسقان مع نموذ نظرى الخاص بالشخص، فإنهما لايشتقان بسهولة من مبادىء التحليل سى أو تعديل السلوك. وسوف نأخذ فى الاعتبار على نحو التحديد ما كانت العقود والموافقة المعلومة متسقان مع مسئوليات الدور الخاص بالمعالج النفسى.

العقود: لا تكون العقود غير متسقة على نحو مطلق أو على نحو مطلق مع أى شكل من أشكال العلاج النفسى. حقاً، إن كل أشكال علاج النفسى تتم تحت صورة ما من التعاقد الواضح أو الضمنى. فالمحلل النفسى والشخص الذى يجرى تحليله، على سبيل المثال، يكونا بوضوح تحت عقد يتبع خطوطاً إرشادية معينة خاصة بالعلاج التحليلى (على سبيل المثال ليس لإعطاء نصيحة معينة أو تداعى حر، نسبياً). ويستطيع الفرد حتى يملك عقداً يحل كل المشاركين من أى مسئوليات مع أنه من المحتمل لايكون قبولاً قانونياً.

وتنشأ صعوبة مع ذلك، حينما يطبق عقد مناسب لأخذ النماذج العلاجية على نموذج آخر غير متسق. والعقود التى يوصى بها بعض المعالجين قد تكون متطابقة أساساً مع منظور سلوكى ولاتكون متطابقة مع منظورات ع... ية أخرى (أنظر Schwitzgebel, 1975; Atthowe, 1975; Stuart, 1975).

وليس من الواضح كيف أن العقود التى تحدد الأهداف، ومدة العلاج، وتقنيات التدخل سوف تعمل مع النماذج الأخرى الخاصة بالعلاج. ويستخدم

مييننجر (Menninger, 1958) نموذجاً تعاقدياً فى نطاق إطار خاص بالتحليل النفسى، ولكن يختلف هذا العقد كثيراً عن العقود النوعية والواضحة الخاصة بأتهاو (Atthowe, 1975) ، وستورات (Stuart, 1975) والتى تترك مفتوحة وغامضة التكرار والمدة، ومركزة العلاج بدقة لغرض زيادة تحكم المريض. ويقرر هار ماستين وزملاؤه (Hare-Mustin et al., 1979:9) أنه إذا لم يستطع المريض أن يكون محدداً فى النظر إلى هدف «فإن هذا يتحدى المعالج للمساعدة على ترجمة شكاوى غامضة إلى مشاكل نوعية». ومن المحتمل أن معالجاً وجودياً أو تحليلياً أو متمركزاً حول العميل سوف يأخذ قضية بالقيمة العلاجية لعمل مثل هذه الترجمة. وكما يشير مارجولين (Margolin, 1982)، فى العلاج الأسرى، فإن «الأهداف المقررة على نحو مفتوح قد تختلف عن جداول أعمال سرية ... والأهداف التى تبزغ خلال سير العلاج قد تختلف عن الأهداف المقررة فى البداية». ويقرر باركر (Parker, 1976: 258) «أنه فى العلاج النفسى الموجه نحو التحليل النفسى... فإن مثل هذه العقود الخاصة بالشفاء أو حتى العقود التى تلخص نوعيات عملية العلاج سوف تكون غير ملائمة، وفى الحقيقة، غير منتجة... وتوجد مقاومة مبيتة كافية للعلاج النفسى التحليلى... التى يجب أن تضيف مزيداً من الفحم إلى النار».

ومع أنه توجد صعوبات فى عمل العقود المتسقة مع نماذج متنوعة من العلاج النفسى، فإنه لا توجد صعوبة فى عملها متسقة مع نموذج تجارى أو خاص بإدارة الأعمال، تشتق منهما على نحو أكثر ملائمة. وفكرة تبادل رسمى للبضائع والخدمات بين المشاركين المستقلين مع إختيار حر تكون أكثر وضوحاً فى الشراء والخدمات من مهنيين مثل المحاسبين والنجارين والنقاشين. وقد كان يستخدم نموذج تعاقد فى نطاق العلاقة بين الطبيب/المريض، ولكنه كان عقداً

أكثر ضمنياً منه واضحاً... ويقوم نموذج التعاقد تقريباً بشكل أكثر على فكرة تبادل اجتماعى للبضائع والخدمات (Schwitzgebel, 1975: 819) ويفضل كثير من المعالجين النفسيين المعالجين أكثر من الأشخاص فى إدارة أحـ... سحوا أن حقوق المرضى تتداخل مع قدراتهم على تلقى علاج فعال (Wis. 1978). وأنهم يجبرون على علاج نفسى دفاعى defensive psychotherapy يكون أقل فاعلية وعاجزاً فى أوقات معينة (Gurevitz, 1977).

موافقة معلومة: تقرر معايير رابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكية الأخلاقية (APA, 1979) «أن الأخصائيين النفسيين يخبرون تماماً الفرض والطبيعة كالمستهلكين أكثر من التدخل». ويقال أن الموافقة تخبر إذا كانت كل المخاطر والعواقب الممكنة الخاصة بالإجراء الذى نحن بصدده، أو أن كل الإجراءات البديلة مقدمة للمريض وأعطى المريض دليلاً بأن التقديم كان مفهوماً (Meisel et al., 1977). ومع ذلك، فإن عدم الثبات والأسى والاضطراب أو البناء الدفاعى الدافعى لمريض العلاج النفسى قد يجعل من الصعب إفشاء كل المعلومات المتعلقة (Morse, 1967) «وإذا كان إفشاء معلومات معينة- بصفة خاصة مخاطر العلاج- يحتمل أن تسبب الاضطراب للمريض على نحو خطير لدرجة أنه سيكون غير قادر على إتخاذ قرار منطقى، فإن للطبيب حينئذ «الامتياز العلاجى» لحجب مثل هذه المعلومات» (Meisel et al., 1977: 286).

ولا ينقص المعالجين النفسيين والمرضى القدرات الضرورية للتنفيذ فقط ولكن الموافقة المعلومة تكون متنافرة بشكل متلازم مع كثير من التقنيات العلاجية. ويكون كل من الخداع والمعالجة متضادين للموافقة المعلومة ولكن

مركزين لنماذج العلاج النفسى الاستراتيجية الخاصة بالأنظمة، والتأثير الاجتماعى (Gillis, 1979).

وفى الواقع، قد توجد كمية أساسية من المماثلة والضغط الاجتماعى فى كل أشكال العلاج النفسى. ويقدم مارجولين (Margolin, 1982) توضيحات خاصة بالصعوبة الخاصة بكون معالج أسرى منفتحاً وفعالاً ينوح إلى التأثيرات المؤذية للموافقة المعلومة على التقنيات التحليلية، بوصف إجراء يحذر العميل من فشل ممكن فى التحسن، وإمكانية التدهور، والاعتمادية الكبيرة الممكنة، والانغماس الانفعالى مع المعالج، وإمكانية حدوث طلاق أو إنتحار، وأن أى شىء يقال قد يستخدم لارتكاب جريمة. وإذا ما انفذ على نحو لائق الشكل أعلاه، فإنك قد تدخل الآن حجرة الاستشارة الخاصة وتشعر بالحرية لأن تخبر الطبيب النفسى أى شىء وكل شىء يأتى إلى العقل» (Lebensohn. 1978:36). ويتضح التمييز بين العلاج الأخلاقى والفعال فى التناقض المتناقض لـ (أ) تأييد كريان (Coyne, 1976a) وكريان ويديجر (Coyne & Widigers, 1978) لمشاركة مقترحة ومتساوية وأسينة عن طريق العميل، (ب) نموذج كريان (Coyne, 1976 b) للاكتئاب ومساندته كتقنيات استراتيجية علاجية.

[المريض] تُسند له مهام مُثقلة، وغير مشبعة، ومتكررة... بالرغم من أن المريض لا يُستخف به أو يُقلل من شأنه. ويعتقد بصفة مستمرة أداؤه للمهمة باعتباره غير كاف، ويستمر هذا... حتى «ينفجر» المريض ويرفض إتباع الأوامر، أو يصبح لفظياً عدوانياً (نادراً بدنياً)... وتعطى تعليمات (للبيئة) بأن لا تستسلم لمطالب المريض بأن يُترك وحيداً ليعانى، وليس لمحاولة إبهاجه وسعادته، ولا لتقديم العطف أو التشجيع (Coyne, 1976 b:38).

وبالتأكيد، لاينتج هذا العلاج من نموذج أخلاقى من المشاركة المتبادلة التى تمنح المريض الوضع الخاص براشد مسئول مع «إنشاء كشيف ... دور نشيط ومسئول للمريض» (Coyne & Widiger, 1978: 701, 707)

متطلبات يوصى بها مقابل مستويات مرضية.

كانت الصعوبة الرئيسية فى تأسيس مسئولية قانونية هى تحديد الصلة العرضية بين الإيذاء وأعمال التفويض أو الحذف بواسطة المعالج (Kennedy, 1975) . ويوجد شك فى أن بعض التغير قد يحدث خطأ خلال العلاج، ولكن المدى الذى يجعل المعالج سبباً فى النتائج هو فى الواقع مسألة نظرية وإمبريقية وفلسفية... وإذا ما أخذ فى الاعتبار أشكال العزو المتصارعة عن طريق نماذج نظرية مختلفة ممتزجة بالعجز عن تحديد تأثيرات عرضية منفردة، فإنه من الواضح عدم إمكان الحصول على إتفاق خاص بالمسئولية العرضية وبالتالى على الحدوث (Rothblatt & Leroy, 1973).

متطلبات يُوصى بها مقابل مستويات القدرة:

تقرر المعايير الأخلاقية (APA, 1979: 5) أن «الأخصائيين النفسيين يخبروا على نحو كامل المستهلكين بالنسبة لغرض وطبيعة (تدخل م... ويخطروا أن العملاء، والطلاب أو المشاركين فى البحث (والعلاج) لهم حرية اختيار بالنسبة للمشاركة». وهذا هو مبدأ جدير بالثناء، ولكنه قد يكون فى الحقيقة فوق قدرات المريض والمعالج. وقد لايكون لدى المعالجين القدرة على إخبار مرضاهم تماماً، كما أن المرضى بسبب عجزهم المتلازم أو وضعهم التفاضلى بالنسبة للمعالج قد لايملكون القدرة على تقديم إختيار حر ...

قدرة المريض: مسئولية قدرة المريض هى قضية مركزية حينما يعتبر الفرد أن العقود أو الموافقة المعلومة هى فى نطاق العلاج النفسى (Appelbaum & Roth, 1981) . والمعالجون الذين يعارضون العقود والموافقة المعلومة يعبرون بشكل قطعى عن الإعتقاد بأن المرضى بسبب مرضهم أو اضطرابهم النفسى لا يمتلكون القدرات الضرورية لإعطاء موافقة معلومة للموافقة على عقد (Moore, 1978). ويقرر فوستر (Foster, 1975:159) أن «المرضى الأكفاء تماماً لايحتمل أن يفهموا صور الموافقة المعلومة المعقدة التى يوقعونها عند الدخول إلى وحدة مرضى داخليين لأنهم مغمورون جداً بالقضايا التى أحضرتهم إلى المستشفى، ويكونوا فى حالة إهتياج وإنتهاء عقلى».

وقد بينت الدراسات الإمبريقية أن كثيراً من مرضى المستشفيات العقلية المتطوعين كان لديهم فكرة قليلة عن ماقد وافقوا عليه أو ماذا تضمنت الموافقة (Appelbaum et al., 1981) . ويقرر «أبيلبوم وزملازه» (١٩٨١). أن نتائجهم «يجب أن تعطى رقفة لأولئك الذين يبحثون عن ترسيع التشكيل النامى بشكل دائم للعلاقة...، وبصفة خاصة أولئك الذين يتكلمون عن إستخدام عقد» (ص١٤٦٥).

وإخبار المريض لبدائل أو مخاطر العلاج قد يكون له قيمة ضئيلة. «فكل المعرفة فى العالم لن تساعد مريضاً مكتئباً يعمل إختياراً غير مكتئب... كيف يمكن للمريض أن يعمل إختياراً مسئولاً بخصوص ضبط السلوك عندما يكون ميكانيزم إختياره هو فى الغالب نفس موضوع الإجراء؟» (Neville, 1972:7).

والمرض العقلى ليس متغيراً مستقلاً يتعلق على نحو عكسى بالمتغير التابع للاختيار الحر ولكنه بالتعريف متعلق عكسياً به... إن عملاً ماينتج

المرض العقلى يتضمن بشكل منطقى نقص الإنتباه، وهكذا، ننفصل المسئولية (Leifer, 1964: 828).

وبطبيعة الحال، فالمناصرون للتحسن الأخلاقى، يرفضون بصلابة التنافس الخاص بعجز المريض حيث يرون أنه لايوجد عجز للمريض وأن معظ[illegible] [illegible] أو يفسفون العلاج بشروط [illegible] قصداً. ومع ذلك، يرفضون بشكل متزامن كلاً من الموافقة المعلومة والعقود على أساس عجز المعالج والمريض. «غالباً مايدخل المرضى العلاج بأسى شديد... ففى حين أن وضوح وتفسير العقود الرسمية قد يكون مرغوباً فيهما، فإن كثيراً من المرضى قد يجدونها تهديداً فى بداية العلاج وتقييداً يتقدم العلاج» (Coyne & Widiger, 1978: 706).

وينظر فينكل (Finkel, 1980) إلى الشك فى قدرة المريض تماما كمثال آخر من إنتهاك أبوى للحرية. ويعرف التدخل على أنه أبوى حينما يعمل المعالج بدون الموافقة التامة، أو ضد المقاومة الخاصة بالمريض. ويشير دواركين (Dworkin, 1972: 83) إلى أن الوالدية مقبولة حينما «تحفظ وتعزز للفرد قدرته لأخذ القرارات الخاصة به وتنفيذها». وهذا بدقة، هو هدف معظم المعالجين النفسيين. كما يبين دواركين (١٩٧٢) أن أولئك الذين سوف يقيدون ممارسة المعالجين لحماية المريض هم أبويون مثل أولئك الذين يمارسون العلاج، لأنهم يزعمون أن المرضى لايمكن أن يحموا أنفسهم.

والطبيعة الطيعة للعزو الخاص بمسئولية القدرة للمرضى العقليين تكون واضحة فى مجهودات أخرى لتعزيز الحقوق الأخلاقية. وفى حين يُعزى [illegible] القدرة على التحكم فى سلوكهم وإعطاء موافقة عند إستخدام العقود والموافقة المعلومة عندما تكون فى موضعها، فإنه يكون دقة العجز عن التحكم فى سلوكهم وإعطاء موافقة تكون هى دفاعهم فى كثير من قضايا سوء الممارسة. وفى حالة قضايا سوء الممارسة لا يحتاج المرضى أن يكونوا ذهانيين لإفتراض بأنهم غير قادرين على حماية أو التقرير نيابة عن أنفسهم.

ويبدو أن [illegible]

الحقوق الأخلاقية يمكن أن تؤدى إلى إستنتاجات متناقضة. ويكون المرضى قادرين إذا إستلزم هذا حقهم فى قوة إتخاذ القرار ولكن يكونوا غير قادرين إذا قرروا الانغماس فى نشاطات جنسية. وفى حين أن فينكل (١٩٨٠) قد يعزو قدرة كاملة للمريض العقلى، وبذلك يشك فى العلاج اللاإرادى، فإن دافيسون (Davison, 1978) يعزو العجز إلى المرضى العقليين (أى، الجنسيين المثليين)، وبذلك يشك فى العلاج الإرادى. وكلا الوضعين يقومان على الاهتمام بحماية الحقوق الأخلاقية للمرضى.

قدرة المرضى والوضع التفاضلى: فى مناقشات الموافقة المعلومة، يندمج السؤال الخاص بمسئولية القدرة فى الغالب مع ذلك الخاص بالوضع التفاضلى أو القوة... .

«إذا وُجد ظلم فى قوة المساومة الخاصة بالطرفين فى عقد لدرجة أن الطرف الضعيف ليس له إختيار ذو معنى أو ليس له بدائل حقيقية، فإن العقد قد يعتبر غير معقول من الناحية القانونية» (Schwitzgebel, 1975:818). ومايكون غير معقول أخلاقياً قد يكون حتى أقل إقناعاً (Foster, 1975). وينتقد «شوتيز جيبل» (١٩٧٥) الموافقة المعلومة كحماية لحقوق المريض لفشلها فى لتعامل بقدر كاف مع وضع المريض السيء وغير المفضل. وهو، مع ذلك، لايعتنق هذا على أنه مشكلة عند إستخدام عقد. وليس من الواضح كيف أن وجود عقد يغير وضع المرضى ويجعلهم غير المفضل

(Parker, 1976) . وفى حين يرفض «كوريان ورويديجر» (١٩٧٨) فكرة عجز
المريض، فإنهما يجادلان بأن وضع المريض غير المقنع ... ل
فكرة خاطئة عن العلاقة التعاقدية الصادقة. وتسم الإتصالات ...
لديهم القدرة على إتخاذ القرار المشترك ولكن ليس بالنسبة ل...
المرضى لديهم القدرة على إعطاء موافقة مستنيرة.

قدرة المعالج: وفى النهاية، نأخذ فى الإعتبار ما إذا ...
الأخلاقية تتناغم مع مسئولية قدرة المعالج. والتعاقد بالنسبة ل...
أو تأثيرات العلاج يتضمن بعض القدرة على حكم أو توجيه ...
ونتيجة العلاج. ومع ذلك فمن غير الواضح، كيف أن المعالج ...
للعميل أن المعالج سوف يؤثر أو سوف لن يؤثر فى إستجابة ...
وسلوكيات أو أشخاص أخرين... وليس من الواضح أن المعالج ...
تقديم المعلومات الضرورية لموافقة معلومة، لأن مخاطر وعواقب ال...
واسعة جداً وغامضة ومعقدة لدرجة أنها تعطى فكرة خاطئة عن تقد...

الاستنتاج:

إن جزءاً من مسئولية دور المعالج النفسى هو أن يكون أخلا...
الحل العلاجى والأخلاقى يتضمن أزمات متلازمة. فإنه ليس بيسـ...
تضمين عقود وموافقة معلومة، وليس موضوع هجرمبادىء أخلاقية
يانج (Jung, 1963: 330) أنه «لاشىء يمكن أن يحمينا من ...
الأخلاقى».

ويوصى تحليلنا إلى أن التعذيب أكبر مما أخطر به. لأنه ليس...
الحصول على مجموعة واحدة من المبادىء الأخلاقية التى تتسق مع ال...

العلاجية الموجودة حالياً. والمبادىء الأخلاقية المتسقة مع بعض الأوضاع النظرية
والفلسفية ستكون بالضرورة غير متسقة مع الأخرى (مالم تكن فارغة).
ولذلك، فإن قرار ماهو أخلاقى مع ماهو علاجى سوف يحتمل أن يكون متعلقاً
بتوجهات مختلفة... وإذا كانت بعض النسبية لايمكن تجنبها، فإن الحل الممكن
حينئذ سيتطلب من كل معالج أن يقوم بالصياغة وأن يقدم [illegible]
مع لجنة الأخلاقيات المعينة- مجموعة من المبادىء التى سوف تكون متاحة
لكل عميل متوقع. وسوف يُحكم على أعمال كل معالج طبقاً لمبادئه الأخلاقية
وقد لايكون مثل هذا القرار النسبى مقبولاً بوضوح لأولئك الذين يعتقدون فى
قيم مطلقة ويصرون على معايير شاملة، ولكن بعض المهادنة تبدو ضرورية.
ولايبدو أن المعايير يمكن أن تكون شاملة ومعينة. والاقتراح أعلاه له ميزة
تتمثل فى أنه يمكن أن يسمح لكل معالج أن يصيغ مجموعة متسقة من
الخطوط الإرشادية الأخلاقية والمبادىء العلاجية.

٨- فى حين أن أهمية إتاحة معلومات دقيقة لأسرة العميل يتم تبينها، فإن ميزة الاتصال بخصوص التشخيص والتنبؤ والتقدم تكمن إلى أقصى حد مع العميل وليس مع المعالج

٩- يجب [illegible]

١٠- إن الأخطار [illegible] صحتنا الأنثى عرضة [illegible] شكل إساءة بدنية [illegible] أن [illegible] ضحية جريمة.

١١- يجب أن [illegible] جنسية [illegible] باعتبارها [illegible] يشين حقاً فى تحديد [illegible] الجنسية الخاصة

١٢- يجب أن لا [illegible] ولايعاملها [illegible]

رابعاً [illegible] إرشادية للعلاج مع [illegible]

[illegible] الآتى

أ- [illegible] الجهود القائمة [illegible]

[illegible]

الخاصة [illegible]

مراجع الفصل الثالث

1- Ad[illegible], & Orgel, M. (1975). Through the mental health maze. Washington, DC: Helth Research Group.

2- A[illegible]n Psychological Association. (1977). Standars for [illegible] Washington, DC: Author.

3- [illegible]an Psychological Association. (1979). Ethical standards of psychologist (Rev ed.). Washington, DC: Author.

4- [illegible]can Psychological Association. (1990) Ethical principles of psychologists (amended June 2, 1989). American Psychologist, 47 390- 395.

5- [illegible]rican Psychological Association.(1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. American Psychologist, 47, 1597-1611.

6- [illegible]baum, P., & Roth, L. (1981). Clinical issues in the assesment of competency. American Journal of Psychiatry, 138, 1462- 1467.

7- [illegible]howe, J. (1975). Legal and ethical accountability in everyday practice. Behavioral Engineering, 3, 35- 38.

8- Bersoff, D. (1975). Professional ethics and legal responsibilities: On the horns of adilemma. Journal of School Psychology, 13, 359-376.

9- Coyne, J. (1976a). Comments: The place of informed consent [illegible] Consulting and Clinical Psychology, 44, 1015- 1016.

10- Coyne, J. (1976b): Toward on interactional description of depression. Psychiatry, 39, 29-40.

11- Coyne, J., & Widiger, T. (1978). Toward a participatory model of psychotherapy: Professional Psychology, 9, 700- 710.

12- Davison, G. (1978). Not can but ought: The treatment of homosexuality. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 170-172.

13- Dworkin, G. (1972). Patternalism. The Monist, 52, 64-84.

14- Finkel, N. (1980). Therapy and ethics: The courship of law and psychology. New York: Grune & Stratton.

15- Foster, H. (1975). The conflict and reconciliation of the ethical interests of therapist and patient. Journal of Psychiatry and Low, 2, 39-61.

16- Foster, H. (1978). Informed consent of mental patients. In W. Barton & C. Sanborm (Eds.), Law and the

mental health professions. New York: International Universities Press.

17- [illegible] (1978). Social influence in psychotherapy. [illegible]boro TN: Pilgrimage Press.

18- [illegible] (1977). Tarasoff: Protective privilege versus public peril. American Journal of Psychiatry, 134, 289- 292.

19- [illegible], R., Marecek, J., Kaplan, A., & Liss-Levinson, N. (1979). Rights of clients, responsibilities of therapists. American Psychologist, 34, 3-16.

20- [illegible] (1963). Memories, dreams, reflections. New York: Pantheon.

21- [illegible]edly, C. (1975). Injuries precipitated by psychotherapy: Liability without fault as a basis for recovery. South Dakota Law Review, 20, 401- 417.

22- [illegible], J. (1977). A problems of absorption. APA Monitor, March, P. 2.

23- [illegible]er, G. (1976). Civil liberties and aversive conditioning for children. American Psychologist, 31, 94- 95

24- Lebensohn, Z. (1978). Defensive psychiatry or how to treat the mentally ill without being a lawyer. in W. Barton & C. Sanborn (Eds.), Law and the mental health professionals. New York: International Universites Press.

25- Leifer, R. (1964). The psychiatrist and tests of criminal responsibility. American Psychologist, 19, 825- 830.

26- Margolin, G. (1982). Ethical and legal considerations in marital and family therapy. American Psychogist, 37, 788- 801.

27- Meisel, A., Roth, L., & Lidz, C. (1977). Toward a model of the legal doctrine of informed consent. American Journal of Psychiatry, 134, 285- 289.

28- Menninger, K. (1958). Theory of psychoanalytic technique. New York: Basic Books.

29- Meyer, R., & Smith, S. (1977). A crisis in group therapy. American Psychologist, 32, 638- 662.

30- Moore, R. (1978). Ethics in the practice of Psychiatry- Origins, functions, models and enforcement. American Journal of Psychiatry, 135, 157-163.

31-Morse, H. (1967). Psychiatric responsibility and tort liability. Journal of Froensic Sciences, 12, 257-258.

32- [illegible] R. (1972, December 17). Ethical and philosophical issues of behavior control. Paper presented at the [illegible] annual meeting of the American [illegible] for the Advancement of Science.

33- [illegible] contractual model of treatment. American Psychologist, [illegible], 257-258.

34- [illegible] F., & Mollica, R. (1976). Overview: Ethical issues [illegible] contemporary psychiatry. American Journal of [illegible]chiatry, 133, 125- 136.

35- [illegible] D. (1974). Harm, offense, and nuisance: Some first steps in the establishment of an ethics of treatment. American Psychologist, 29, 233-238.

36- [illegible] R., & Sherrer, C. (1973). Malpractice: What's new? Professional Psychology, 4, 270- 276.

37- [illegible]blatt, H., & Leroy, D. (1973). Avoiding psychiatric malpractice. California Western Law Review, 9, 260- 272.

38- [illegible]in, Z., & Mitchell, C. [illegible]1976). Couples research as couples counseling: Some unintended effects of studying close relationships. American Psychologist, 31, 17-25.

39- Schulberg, H. (1976). Quality- of- care standards and professional norms. American Journal of Psychiatry, 133, 1046- 1051.

40- [illegible] (1975). Contractual model for the protection of the rights of institutionalized mental patients. American Psychologist, 30, 815-820.

41- Schwitzgebel, R. (1976). Treatment contracts and ethical self-determination. Clinical Psychologist, 29 (3), 5-7.

42- Sehdev, H. (1976). Patients' rights or patients' neglect: The impact of the patients' rights movement on delivery systems. American Journal of Orthopsychiatry, 1976, 46, 660-668.

43- Strupp, H., & Hadley, S. (1977). Atripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to megative effects in psychotherapy. American Psychologist, 32, 187- 196.

44- Stuart, R. (1975). Guide to client-therapist treatment contract. Champaigan, IL: Research Press Co.

45- ... B. (1977). Honest labeling and other procedures for the protection of consumers of conseling. Personnel and Guidance Journal, 56, 206- 209.

46- ... (1978). Where the public peril begins: A survey of psychotherapists to determine the effects of Tarasoff. Stanford Law Review, 31. 165- 190.

47- ... L. (1967). The technique psychotherapy (2nd ed.). New York: Grune & Stration.

الفصل الرابع

القضايا الأخلاقية والقانونية في العلاج النفسى

تمهيد:

يتناول هذا الفصل القضايا الأخلاقية والقانونية فى العلاج النفسى حيث يلقى الضوء على عدة محاور هامة تتمثل فى الاعتبارات الأخلاقية والقانونية فى العلاج الزواجى والأسرى، والقضايا الأخلاقية فى ممارسة الصحة النفسية فى الريف، والقضية الأخلاقية للإتقان في العمل مع مريض الانتحار، والقضايا الأخلاقية والقانونية فى العلاج بالبريد الإلكترونى، والفوائد والمخاطر الخاصة بالعملاء والأخصائيين النفسيين فى مجال العلاج النفسى عن طريق التليفون.

وفى الصفحات التالية، سوف نعرض لكل من هذه المحاور معتمدين فى ذلك على المبادىء الأخلاقية المقررة فى رابطة علم النفس الأمريكية APA.

أولاً: الاعتبارات الأخلاقية والقانونية فى العلاج الزواجى والأسرى

المسئولية:

تتمثل المسئوليات الأولى للمعالج فى حماية الحقوق وتعزيز الرفاهية لعملائه. وتتمثل الأزمة مع العملاء المتعددين فى أنه فى بعض المواقف قد يكون التدخل الذى يخدم أفضل المصالح لأحد الأشخاص مضاداً لعلاج أخر. حقاً، إن نفس السبب الذى فيه تميل أسر إلى السعى لعلاجه يكون بسبب وقوع أهداف واهتمامات متصارعة... .

ويجب أن يضمن معالج الأسرة أن تحسيناً فى وضع أحد أعضاء الأسرة لايحدث على حساب عضو آخر بالأسرة. وليس هذا الهدف فريداً تماماً لعلاج الأسرة... ومع ذلك، نجد أن مايميز معالج الأسرة عن المعالج الفردى هو إلتزام [illegible] إنغماس مباشر مع كل أعضاء الأسرة، يستطيع معالج الأسرة أن يُقيِّم مباشرة كيف أن سلوك كل شخص يؤثر فى أعضاء الأسرة الآخرين.

وللعمل على نحو بنائى فى مواجهة إحتياجات الأسرة المتصارعة، يحدد بعض المعالجين نظام الأسرة أكثر من فرد أو آخر، مثل «المريض». ويصبح معالج الأسرة حينئذ نصيراً لنظام الأسرة ويتجنب أن يصبح وكيلاً لأى عضو واحد بالأسرة. وبإفتراض أن التغير عن طريق شخص واحد يؤثر ويتأثر بأعضاء الأسرة الآخرين، فإن نصير النظام يضمن أن كل تعريفات المشكلة وخططها للتغير تعتبر فى سياق الأسرة بكاملها... . وإذا ما أخبر بدور المعالج كنصير للنظام، فإن أعضاء الأسرة يفهمون ويقبلون بصفة عامة هذا الوضع، رغم أنهم فى لحظات معينة لازالوا يجتذبون المعالج كحليف شخصى... .

وتوجد لحظات معينة يكون فيها العمل كنصير لنظام العلاقة ونماذج التغير للتفاعل لاينصح به. ويبين ويس وبيرتشلر (Weiss & Birchler, 1978) أن تحالفاً يقوم على الهدف المزعوم لتغيير العلاقة يكون مضاد علاجى Countertherapeutic إذا سعى قرين للعلاج كطريقة للخروج من العلاقة أو لتسهيل عبء إعلان قرار للإنفصال. وفى هذه الحالة، يحتمل أن تأكيداً على العلاقة يزيد الأمل والإستثمار الانفعالى للفرض المرفوض مع إحباط لاحق وإحساس بالفشل باعتبارهما النتيجة القصوى لذلك الشخص. وبالمثل، يكون من المضلل إبقاء مظهر العمل على العلاقة حينما يكون الهدف الحقيقى هو تغيير السلوك الخاص بعضو الأسرة (على سبيل المثال، تخفيض شرب الأب أو

زيادة إذعان الطفل). وإذا كان الفرد الدريئة فى تلك الحالات تحت إنطباع خاطىء بأنه سيوجد تغير مشترك، فإنه قد ينتهى بشعور خادع بواسطة كل من المعالج وأعضاء الأسرة الآخرين.

وفى النهاية، فبالإضافة إلى الاعتبارات الإكلينيكية، توجد وصفات قانونية تحدد رفاهية الفرد السابقة على قضايا العلاقة. والالتزام الاوضح فى هذا الخصوص يحدث فى مثال الاساءة البدنية بين أفراد الأسرة. والقوانين التى تقرر الاساءة ضد الطفل تتطلب من المعالجين أن يخبروا السلطات إذا شكوا أن طفلاً قد كان تم إساءته، رغم العواقب الممكنة للتحالف العلاجى مع أعضاء الأسرة الآخرين. ومع أن الوصفة القانونية للتصرف ليست واضحة تماماً كما هى بالنسبة للإساءة بين شركاء الزواج، ولا زال الهدف الأولى هو تخفيض خطر الأذى البدنى. وإذا لم يكن تحقيق هذا الهدف فى نطاق سياق العلاج المشترك فإن المسئولية الأخلاقية للمعالج هى التخلى عن دور المؤيد للعلاقة ويساعد الشخص المهدد على إيجاد حماية (Margolin, 1979). وعلى نحو أكثر عمومية، يمكن إستنتاج أن مسئولية معالج الأسرة تشمل أن يكون مناصراً لأعضاء الأسرة الفرديين الذين لايستطيعون أن يمثلوا بدقة حقوقهم الخاصة ويحتاجون أو يتبينوا متى تكون هذه منتهجة بواسطة عضو آخر بالأسرة. ونحو هذه النهاية، توجد مواقف معينة يأخذ فيها التدخل لمساعدة فرد على التحرر من الأسرة أسبقية على أهداف الأسرة كنظام... .

السرية:

كيف تترجم الممارسات المعيارية السرية من العلاقة الثنائية التقليدية للعميل/المعالج إلى علاقة علاجية تشمل أعضاء عديدين بالأسرة؟. فيوجد موقفان متباعدان فى هذا الخصوص. فإحدى التفضيلات هى أن المعالج يعالج

سرية كل عضو بالأسرة كما لو أن ذلك الشخص كان عميلاً فردياً. بمعنى أن المعلومات التي يتم الحصول عليها خلال جلسة خاصة، أو خلال مكالمة تليفونية، أو من مادة مكتوبة لا تُفشى للأعضاء الآخرين في الأسرة. وفي الواقع، يرتب بعض المعالجين لجلسات مع أعضاء الأسرة الف[illegible] جميع بشكل نشط للمشاركة في «أسرار» لفهم مايحدث في الأسرة. وقد يعمل المعالج حينئذ مع العميل الفردي على أمل تمكين ذلك الشخص على إفشاء نفس المعلومات في الجلسة الأسرية. ومع ذلك، فإذا ماكان لابد من التقاعس عن الحدوث، فإن المعالج يدعم سرية العميل الفردي ويبقى صامتاً في ذلك الموضوع إزاء أعضاء الأسرة الآخرين.

ويتبنى معالجون آخرون سياسة عدم حجب أسرار عن أعضاء الأسرة الآخرين. إنهم يحبطوا بوضوح مشاركة أي معلومات قد تؤدي إلى تحالف خاص مع فرد واحد ويستثنون أعضاء الأسرة الباقين الذين لايعلمون. وعلى نقيض المراجعات التقليدية الاضافية للعلاج النفسي الذي يعتنق سرية العميل/المعالج كعامل حاسم في الفاعلية الشاملة للعلاج، وتسد هذه الوقفة بشكل أساسي حدوث سرية بين أحد أعضاء الأسرة والمعالج. والمعالجون الذين ينتسبون لهذا المجال يتجنبون بصفة عامة تلقي أسرار فردية عن طريق جلسات مشتركة مقابل جلسات فردية. ومع ذلك، فإن هذا الإجراء الوقائي غالباً مايبرهن على نحو غير كاف مقابل المشاركة في الأسرار الفردية. وإذا لم يتم إعلام العميل بشكل مباشر بسياسات المعالج، فإن العميل الذي يسعى إلى إفشاء معلومات شخصية سوف يجد طريقة لعمل هذا.

وبين هذين الوضعين المتطرفين توجد خطوات متوسطة أكثر من معاجة كل المعلومات المشاركة في الجلسات الفردية كسرية، وقد يشير المعالج إلى أن

(١) بصفة عامة، شروط السرية لا تنطبق، ولكن (٢) للعميل الحق في أن يطلب أن تبقى أي معلومات معينة سرية وسوف يستجيب المعالج لأي من مثل هذه الطلبات. وبالمثل يجب تبين أن المعالج الذي لا يعد بالحفاظ على السرية قد يرغب، حقاً، في ممارسة الاختيار بأن لا يفشي معلومات معينة [illegible] على سبيل المثال، عند المواجهة بمعلومات أن أحد الأقران قد مارس علاقة جنسية غير شرعية، بصفة خاصة علاقة قد إنتهت منذ أمد طويل، فإن كثيراً من المعالجين يجدون من غير الضروري ومما لاينصح به مشاركة مثل هذه المعلومات في تبليغ أنه لن يحفظ الأسرار الخاصة بالأعضاء الفرديين للأسرة، فإن المعالج يجب أن يتجنب تضمين أنه لن يحجب أي شيء. وباستثناء الاعتبارات القانونية المذكورة سابقاً، فإنه تحفظ للمعالج وليست مسئوليته إفشاء معلومات سرية.

وأحد الأمثلة التي تعقد قضايا السرية هي التغير في شكل العلاج، على سبيل المثال، إستبدال العلاج الفردي بالعلاج الزواجي. كيف يتناول المعالج المعلومات التي حصل عليها خلال العلاج الفردي؟ فإحدى الإمكانيات هي أن يحصل على إذن العميل الفرد لإستخدام مثل هذه المعلومات إذا مالزم الأمر في الجلسات المشتركة. وإذا لم يُمنح الإذن، مع ذلك، فيجب إبقاء تلك المعلومات سرية. وحتى سمح المريض بمشاركة المعلومات، فإن هذا الإذن قد منح بعد الحصول على المعلومات. هل يتذكر العميل كل ذلك الذي عهد إليه به تحت شرط السرية المزعومة من قبل؟ هل كان يمكن أن يستجيب ذلك الشخص على نحو مختلف في العلاج الفردي لو أنه كان معروفاً من البداية أن مثل هذه المعلومات ستكون متاحة للقرين؟

وكما في العلاج الفردي، يجب أن يعلم العملاء بحدود سريتهم. وهذا مهم بصفة خاصة في العلاج الأسري حيث أن حدود السرية إزاء أعضاء الأسرة

الآخرين تُترك أساساً لتحفظ المعالج. والمعالجون الذين لايحفظون الأسرار يجب أن يخبروا العملاء بهذه السياسة قبل تلقى مثل هذه المعلومات، وإلا، فإن العميل، بصفة خاصة ذلك الذى قد كانت لديه خبرة سابقة فى العلاج الفردى، يحتمل أن يسلم بأن المعالج سوف يصون السرية الخاصة [illegible] أعضاء الأسرة الآخرين. والمعالج الذى يُبقى على الأسرار الفردية يجب بالإضافة إلى ذلك أن يخبر العملاء بسياسته حتى لايثابر أعضاء الأسرة على محاولة الحصول على معلومات خاصة بآخر عن طريق المعالج.

وبالرغم من كلا الجانبين من القرار الخاص بما إذا كان أو لم يكن الإبقاء على السرية ممكن الدفاع عنه أخلاقياً، فإنهما يحملان مضمونات إكلينيكية مختلفة. وفى مواقف معينة، فإن الحفاظ على أسرار شريك يحدد بشدة إختيارات المعالج مع عضو آخر بالأسرة. خذ فى الاعتبار على سبيل المثال، الموقف الذى فيه العلاج الزواجى قد بادرت به الزوجة على أثر إكتشاف أن زوجها قد كان يمارس علاقة جنسية غير مشروعة. وفى حين أن الرضا بإعطاء العلاقة محاولة أخيرة واحدة، فإنها متشددة بخصوص إنهاء الزواج إذا لم ينه الزوج العلاقة الجنسية غير المشروعة ويبقى مخلصاً جنسياً. وبالرغم من أن الزوج يوافق مبدئياً على هذا الشرط، فإنه يكشف بعد شهور عديدة للمعالج أنه إستأنف العلاقة الخارجة عن الزواج. وييأس من تجنب إمكانية [illegible] زوجته له، يرفض الزوج أن ينشى هذه المعلومات فى جلسة مشتركة.

ماهى طريقة تصرف المعالج؟ إذا كانت السرية قد وعد بها [illegible] معالج قد يجد نفسه فى موقف لإخفاء المعلومات التى تكون حاسمة عن قرار الزوجة الخاص بإبقاء كلاهما فى العلاج وفى الزواج. وحينما تعلم الزوجة عن العلاقة الجنسية غير المشروعة، فإنها قد تعتقد أن المعالج قد أهمل رفاهيتها لصالح

الزوج، حتى أنها قد تتهم المعالج بإبقائها فى العلاج لمكسب شخصى. حتى إذا أنهى المعالج الحالة، فإن تفسيراً يكون مديناً به للزوجة، الذى يحتمل أن يحل سرية الزوج حلاً وسطاً. حتى مع أن المعالج قد يعتقد أن التعامل بصراحة مع سلوك الزوج ممكن [illegible] التصرف ليس ممكناً بدون إنتهاك سرية الزوج.

والمعالج الذى لم يتعهد بالسرية له إختيارات مفتوحة أكثر، وهكذا يجب أن يأخذ فى الاعتبار بحذر التشعبات العلاجية لتصرفاته. إنه تقرير عدم إفشاء هذه المعلومات عن علاقة الزوج الجنسية غير المشروعة قد تكون مبررة إذا (١)قد جعلت الزوجة من الواضح أنها لاتريد أن تعرف عن سلوكيات الزوج الطائشة، (٢) لن تتداخل العلاقة الجنسية غير المشروعة مع إستمرار العلاج، و(٣) قد إنتهيت العلاقة الجنسية غير المشروعة، وبذلك لايمكن لتصرف المعالج أن يتم تأويله كتشجيع لسلوك الزوج. ومع ذلك، بالنسبة لمحددات هذه الحالة، التى فيها الزوجة قد قررت بوضوح تفضيلها بأن لاتخدع بالاعتقاد بأن زوجها مخلص جنسياً، فإن مناقشة مفتوحة خاصة بعلاقة الزوج الجنسية غير المشروعة وإنذار الزوجة يشار إليها. ومثل هذه المناقشة يحتمل أن تعجل بأزمة العلاقة والتأثيرات طويلة المدى التى لايمكن التنبؤ بها. وقد يتلقى أحد أو كلا القرينين المعلومات التى يحتاجانها، وفى النهاية لإنهاء الزواج. وعلى نحو بديل، قد يعمل الزوجان تسهيلات معينة بالرغم من قيمهما المتباعدة بخصوص الإخلاص، على سبيل المثال، قد ينهى الزوج إتصاله طويل المدى دون إلزام نفسه بالإخلاص الجنسى، ويمكن أن تهجر الزوجة إنذارها بخصوص الإخلاص الجنسى طالما أنه لاتوجد أعمال جنسية غير مشروعة طويلة المدى.

والمأزق الأكثر صعوبة للمعالج يكون إذا تقاعس أحدهما فى نقل سياسته على السرية. ففى تلك الحالة، من الممكن أن الزوج أو الزوجة قد يؤديان تحت إفتراضات مختلفة، على سبيل المثال، سيكون [illegible] هو الذى [illegible] [illegible] فى العلاج الزواجى. ولا يعرف أى قرين حدود السرية ولا إتخذ [illegible] شعوريا بقبول هذه الحدود. وكما بالنسبة للإختيارات الإكلينيكية [illegible] للمعالجين الآخرين، فإن أى تصرف يُوخذ بواسطة هذا المعالج يكون على نحو كامن غير باعث على الرضا لقرين واحد على الأقل. ومع ذلك، فإن هذا المعالج يواجه المخاطرة الإضافية لتضليل شريك أو آخر بخصوص شروط العلاقة العلاجية...

وهذا المثال... يوضح أن مركز المعالج فى ضوء السرية يمكن أن تكون له تشعبات هامة بالنسبة لكيف يكون العلاج الزواجى منقاداً. وبالمحافظة على السرية الخاصة بالشركاء الفرديين، فإن المعالج يحتمل أن تكون لديه معلومات قد لاتكون بالإضافة إلى ذلك متاحة. وإختيارات المعالج بتلك المعلومات محدودة بشدة. ومع ذلك، قد لايجدها ممكنة لأن توضع المعلومات [illegible] العلاجى من منظور نظام الأسرة. ومن ناحية أخرى، فإن [illegible] على إذن لمناقشة المعلومات على نحو مشترك التى يختارها أى من الشريكين [illegible] مخاطرات ذات أوضاع فردية للقرينين (أى، أنه لاتوجد بيئة آمنة [illegible] السرية) والمخاطرات للمعالج (أى، أنه لن يكتسب مدخلاً لمعلومات [illegible]). ومع ذلك، فحينما تفهم هذه الوقفة بوضوح، فإن الإفشاءات الفردية [illegible] تشير ببساطة إلى الرغبة فى الإرشاد على كيفية طرق محور [illegible] خاصة مع شريك شخصى... .

كما تنشأ قضايا السرية حينما يكون لمعالج جلسات فردية مع طفل. وتطبق المعايير الأخلاقية على الطفل كما تطبق على العملاء الراشدين. وفى بعض الولايات يكون للوالدين الحق فى فحص سجلات المعالج، ولكن ليس لهما حق قانونى للمطالبة بأن يكشف المعالج المعلومات لهما. فالهدف الرئيسى للمعالج فى علاج الطفل هو حماية حقوق الطفل، بصفة خاصة حيث أن الطفل أقل قدرة على فهم أو الحفاظ على حقوقه. وثانياً يجب على المعالج أن يظهر حساسية لهموم الوالدين المهتمين حيث أن مساعدتهما ومساندتهما يؤثران فى الفاعلية الشاملة لعلاج الطفل، ويكون من المهم بناء موافقة مع كل من الطفل والوالدين بخصوص ماهى، إذا وجدت أى منها، المعلومات من جلسات الطفل ستتم مناقشتها مع الوالدين. ويجب تحديد حدود السرية، على سبيل المثال، هل يمكن للطفل أن يطلب بصفة معينة أن لايُخبر الوالدين بمعلومات معينة؟ ويجب أن يحدد كذلك تركيب هذه التغذية الراجعة، على سبيل المثال، مامدى التكرار الذى سيتقابل فيه المعالج مع الوالدين؟ هل يكون الطفل حاضراً فى تلك المقابلات؟ وبتحديد هذه الشروط، قد يرغب المعالج فى الإشارة إلى أن أعضاء الأسرة الآخرين يجب أن لايضغطوا على الطفل للكشف عن ماقد حدث فى جلساته الفردية... .

إمتياز المريض:

بالنسبة للجزء الأكبر، يميل الإمتياز إلى أن يكون سىء التحديد للموقف الذى فيه عميلان أو أكثر تتم رؤيتهم على نحو متزامن فى العلاج. حيث أن الإمتياز يغطى فقط الإتصالات التى يتمتم بها سرية. وينشأ السؤال عما إذا كانت العبارات المعمولة فى وجود عضو آخر فى الأسرة تكون حقاً

سرية؟. كما ينشأ السؤال عما إذا كان الامتياز هو إتصالات عميل بعميل؛ حيث تمد بعض المؤسسات الإمتياز إلى أشخاص يساعدون فى تسليم الخدمات الشخصية ويكونوا موجودين خلال التمتمة بالمعلومات السرية (على سبيل المثال، الممرضات، الفنيين)، وقد يوضح تفسير محدود للقوانين [illegible] أن أعضاء الأسرة (أو أعضاء مجموعة) هم وكلاء للمعالج (Bers... & Jain, 1980). وبقصور التشريع التعريفى على هذه القضايا، لايستطيع معالج الأسرة على نحو مريح إفتراض أن قوانين الامتيازات الموجودة تحمى الاتصال الذى يحدث خلال العلاج الأسرى، ونظراً لعدم تناغم القوانين الحالية، فإن المعالج قد يرغب فى الحصول على تفاهم واضح مع أعضاء الأسرة على هذه القضايا، على سبيل المثال، الحصول على إتفاق مكتوب بأن لا أحد من الأعضاء سوف يطلب من المعالج أن يشهد فى التقاضى.

الموافقة المعلومة والحق فى رفض العلاج:

يشمل الاتجاه بالنسبة للإكلينيكيين نمطاً معيناً من إجراءات موافقة معلومة كممارسة إكلينيكية معيارية تعكس كلاً من التوجه نحو العملاء كمستهلكين والتعرف على زيادة التنظيم القانونى للممارسات العلاجية النفسية. والاعتبار الأولى فى العلاج الأسرى هو أن إجراءات من أجل موافقة معلومة يتم إجراؤها مع كل الأشخاص الذين يشاركون فى العلاج، ويشملون أولئك الأعضاء بالأسرة الذين يلتحقون بالعلاج فى وقت لاحق. وبالإضافة إلى الأسباب الأخلاقية لأخذ الوقت للحصول على موافقة معلومة من الأسرة فإن هذا الإجراء يوصل رسائلاً علاجية هامة: لايوجد عضو واحد بالأسرة هو الشخص «المريض». وأنه لا شخص واحد سوف «يُعالج» فى حين يلاحظ الآخرون العلاج ببساطة. لا أحد سوف يُستثنى من معرفة مايحدث.

وأوصت مراجعات حديثة خاصة بالموافقة المعلومة بأن الأنماط التالية من المعلومات تُقدّم للعملاء قبل المبادرة بالعلاج رسمياً: (أ) تفسيراً للإجراءات وغرضها، (ب) دور الشخص الذى يقدم العلاج ومؤهلاته المهنية، (جـ) إنزعاجات أو مخاطرات على نحو معقول تكون متوقعة، (د) فوائد على نحو معقول تكون متوقعة، (هـ) بدائل للعلاج يمكن أن تكون ذات فائدة مماثلة، (و) تقرير بأن أى أسئلة خاصة بالإجراءات سوف يجاب عليها فى أى وقت، (ز) تقرير بأن الشخص يمكن أن يسحب موافقته ويتوقف عن المشاركة فى العلاج أو الاختبار فى أى وقت (Everstine, 1980; Hare-Mustin et al., 1979).

كما تنطبق كل من هذه الخطوط الإرشادية على العلاج الزواجى والأسرى. والخطان الإرشاديان (جـ - د)، على سبيل المثال، يستحقان إنتباهاً خاصاً بقدر ما تكون المخاطر والفوائد مختلفة فى العلاج الأسرى عنها فى العلاج الفردى. وحيث أن لكل عضو فى الأسرة لديه تحكم أقل على النتيجة النهائية للأسرة منه فى العلاج الفردى، فإن العملاء يجب أن ينذروا أن العلاج الزواجى والأسرى قد يؤديان إلى نتيجة يُنظر إليها باعتبارها غير مرغوب فيها بواسطة واحد أوالآخر من المشاركين، على سبيل المثال، قرار الطلاق أو المهادنات فى قوة أعضاء الأسرة فوق قوة الآخر.

والبيانات على العلاج الفردى مقابل العلاج الأسرى تكون مركزية للخط الإرشادى (هـ)، بصفة خاصة للشخص غير المتسق بين الرغبة فى تحسين العلاقات الزواجية/الأسرية والرغبة فى ملاذ خاص بعلاقة علاجية فردية. وطبقاً للرأى الشامل لجارمان وكنيسكيرن (Gurman & Kniskern, 1978)، ومع أن العلاج الزواجى قد يبعث على المخاطرة، فإن العلاج الفردى للمشاكل

الزواجية يكون أخطر: العلاج الفردى للمشاكل الزواجية يؤدى إلى تحسن لدى أقل من نصف عملائه، فى حين أن العلاجات التى تتضمن كلا الشريكين تؤدى إلى تحسن فى ثلثى العملاء تقريباً... .

وإنه لأمر عطى فى معظم العائلات أن بعض [illegible] على المشاركة فى العلاج من الآخرين، مما يزيد القضية... الخاصة بالمشاركة التطوعية. ومن الواضح أن إجبار الفرد المقاوم عن طريق أعضاء الأسرة الآخرين أو بواسطة المعالج يكون غير أخلاقى. ومع ذلك، فإن هذا لايعنى أن المعالج لايستطيع أن يشجع عضو أسرة بَشدة على الحضور جلسة واحدة على الأقل لإكتشاف ما قد يقدمه العلاج. ولا يوحى أن المعالج يتجاهل ماهى الأسباب المحددة التى قد تساهم فى مقاومة الشخص مثل الشعور بالتهديد. وفى تصنيف ما إذا كان أولم يكن عضو معين بالأسرة سوف يشارك فى العلاج، يجب على المعالج أن يحدد المدى الذى يتوقع عنده كل شخص أن يشارك، على سبيل المثال، ما إذا كان بعض الأشخاص يستطيعون ببساطة أن يحضروا جلسات العلاج فى دور الملاحظ، ويتعلمون بقدر كاف عن العملية العلاجية حتى لايفعلون شيئاً لاعاقة تقدمه. ويجب كذلك أن يشرح المعالج للعضو المقاوم أنه إذا بقى أعضاء الأسرة الآخرين يختارون أن يشاركوا، فإن الأ[illegible]ة ككل يحتمل أن تتغير بصرف النظر عن أن ذلك الفرد تعوذه المشاركة.

ويأتى مصدر ممكن من الإكراه الذى يحيط بالمشاركة التط[illegible] من السياسة العلاجية الشائعة نسبياً لرفض رؤية الأسر مالم يكن كل [illegible] الآخرون بالأسرة دون علاج لمجرد أن أحد الأشخاص غير راض بأن [illegible] هل قرار شخص واحد بالانهاء يعنى أن كل أعضاء الأسرة يجب أن يت[illegible] عن الإتصال بالمعالج؟ لتجنب الإستنتاج بأن عضواً واحداً بالأسرة [illegible] على

الآخرين الوصول إلى الخدمات العلاجية، فيجب على المعالجين ذوى التفضيل القوى للعمل مع الأسرة كلها أن يعلموا الأسرة أن معالجين آخرين لايشاركون بالضرورة هذا التفضيل ويجب أن تكون متاحة لهم قائمة بمصادر إحالة متقنة.

والمعايير للموافقة المعلومة ضرورية، ولكن النموذج التصورى لمعالج الأسرة يحدد إلى قدر كبير درجة النوعية فى المعلومات المقدمة... ويمكن أن يعطى معظم المعالجين نظرة شاملة للأهداف (على سبيل المثال، عدد تكرار الجلسات التى سوف تعقد، وطول العلاج الذى سوف يستمر على نحو التقريب). ومع ذلك، نجد أن هناك إذعاناً كاملاً مع هذا الخط الإرشادى يمكن أن يكون صعباً نوعاً ما، بصفة خاصة بالنسبة للمعالج الإستراتيجى الذى يعبىء الميول المتعارضة لأعضاء الأسرة خلال تدخلات متناقضة (Stanton, 1981).

علاوة على ذلك، فإن معظم صور العلاج الزواجى والأسرى تتضمن أنماطاً معينة من تناول موافقة معلومة «حقيقية» محدودة وإختيار حر بخصوص العلاج. على سبيل المثال، فى حين عدم ضمان تغيرات... غالباً مايجدها المعالجون مساعدة للتعبير عن التفاؤل بخصوص عواقب العلاج فى مجهود لخفض قلق الأسرة، لزيادة التوقعات ولزيادة مجهودات الأسرة المتشبسة (Jacobson & Margolin, 1979). كما قد يتناول المعالج إندماجات لتحصين تدخل. على سبيل المثال، قد يركز بعض المعالجين على قلق الوالدين بالنسبة لأطفالهما، أى «الضغط على إلتزامات الأطفال بمناخ موثوق فيه من أجل النمو» كفاعلية علاجية لاستثارة التعاون فى العلاج الزواجى (Boszormenyi- Nagy & Ulrich, 1981: 183).

وهكذا، حتى مع أن العملاء يستحقون تصويراً دقيقاً للعلاج بإجراءات موافقة معلومة، فإن الموضوعية والصراحة الكاملتين قد لا تكونا ممكنتين. . .

حق الأطفال فى الموافقة:

حديثاً كانت هناك مبالغة أساسية متزايدة فى الرأى بأن الأطفال يجب أن يُسمح لهم بممارسة الحق فى الموافقة على العلاج النفسى. وإذا تحدثنا بصفة عامة، فإنه الوالد أو الحارس القانونى هو الذى يتحمل مسئولية تقديم موافقة الطفل على العلاج. ووجدت إستثناءات لهذه السياسة العامة فى تشريعات بعض الولايات التى تقدم للمراهقين الحق فى الحصول على إرشاد جنسى أو إرشاد عقاقيرى. ونظراً للقيود القانونية بالنسبة للأطفال، فإن المجتمع النفسى يحتاج إلى تناول قضية الموافقة المعلومة مع الأطفال. ويحتاج المعالج إلى أن يكون حساساً لحقيقة أن الأطفال يكونون مجتمع عملاء ويتطلبون حماية إضافية، حيث أنه حتى أولئك الوالدين الذين يقصد جيداً أنهم لايعرفون دائماً ماهو الأفضل بالنسبة لأطفالهم. وقد كان يوصى بأن يوجد نصير للطفل لفحص وحماية ما الذى يكون فى أفضل صالح للعميل الطفل، وبصفة خاصة حينما يُعارض بعناد فى علاج طفل (Morrison et al., 1979) أو حينما لايملك الطفل القدرة على إعطاء موافقة غير مضغوطة تماماً (Koocher, 1976) .

والمنطق وراء الحصول على موافقة معلومة من الطفل الذى سيكون مشاركاً فى العلاج هو على الأقل مخاطبة مثل المشاركة فى البحث. وحيث تعتمد فاعلية العلاج النفسى على علاقة موثوق فيها بين المعالج والعميل، فإنه يوجد الكثير الذى يُكتسب بتفسير مايمكن أن يحدث وجعل الطفل يصبح منغمساً فى القرارات التى سوف تساهم فى المسعى العلاجى (Lo Cicero, 1976) . إن وصف الإجراءات بلغة مبسطة يستطيع الطفل أن يفهمها وسؤال الطفل عن ماقد كان يقال يكشف لكل من المعالج والوالدين المدى الذى إليه يفهم كل طفل ماسوف يحدث. والأطفال الذين تعوزهم خلفية الخبرة أو التذوق العقلانى لوزن المخاطر والفوائد لقرار معلوم يجب أن لايُضغط عليهم لإعطاء موافقة معلومة مكتوبة (Levy & Brackbill, 1979).

قيم المعالج:

إن تأثير قيم المعالج لا مهرب منها فى أى عملية تغير علاجى يمكن أن يلعب دوراً هاماً فى العلاجات الزواجية والأسرية. وتستنبط قضايا مناقشة فى العلاج الأسرى قيماً شخصية وأسرية ومجتمعية هامة جداً بخصوص الحفاظ على النظام الأسرى والعلاقات خارج الزواج، وأدوار الجنسين. والتعامل على نحو علاجى مع هذه القيم لايكون سهلاً، بصفة خاصة حينما يواجه المعالج صراعاً فى القيم بين أعضاء الأسرة المختلفين ويميل إلى تدعيم إعتقادات وإتجاهات أحد أعضاء الأسرة فوق الآخر.

وقاية الأسرة:

إلى أى حد يعبر معالج أسرى أو زواجى عن آراء شخصية بخصوص ما إذا كان زوجان يجب أن ينفصلا أو يطلقا ؟ يوجد المعيار المهنى الأوضح لهذه القضية فى الكود المهنى للإتحاد الأمريكى لعلاج الزواج والأسرة (AAMFT)، الذى يقرر، أنه «فى كل الظروف، سوف ينصح المعالج بوضوح عميلاً بأن القرار الخاص بالانفصال أو الطلاق هو مسئولية العميل على نحو منفرد» (AAMFT, 1979)، بالرغم من المناشدة من حيث المبدأ، وهذه الوقفة تكون صعبة، إذا لم تكن مستحيلة للمزاولة فى الممارسة. وإحدى وظائف العلاج الأسرى، بالتأكيد، هى مساعدة الأزواج المكروبين على أن يقرروا ما إذا كانوا

يبقون معاً. حقاً، معظم الأزواج الذين يدخلون العلاج الزواجى قد أخذوا فى الإعتبار الإنفصال أو الطلاق، والبعض يسعون إلى العلاج للغرض الواضح الخاص بإتخاذ القرار. ويكون هؤلاء الأزواج حساسين تماماً للإشارات التى يقدمها المعالج بخصوص آرائهم عن العلاقة (Jacobson & Margolin, 1979:335).

ومع أن قليلاً من المعالجين يمكن أن ينكروا صياغة الإنطباعات الخاصة بما إذا كان زوجان يجب أن يبقيان معاً، فإنه يوجد تغير أساسى فى مدى الراحة التى يشعر بها المعالجون فى مشاركة الآراء. ويجادل يويل وزملاؤه (Yoell et al., 1971) بأن «المعالج يحتاج بشكل متكرر أن يتخذ القرار نيابة عن المريض». إنه يتعهد بمثل هذا القرار «إذا كانت المريضة تعيسة بشدة فى زواجها، وإذا كانت كل خطوة يمكن أن تؤخذ تبدو أنها قد أخذت وفشلت. إذا أغلق التنبؤ بالعلاقة بلغة السعادة إلى صفر، حينئذ أقبل المسئولية ليس فقط بإنهاء الزواج ولكن بالمساعدة بكل طريقة عملية لإبقائه.

ويزيّل معالجون آخرون عديدون عبارة واضحة خاصة برأى فردى للعميل وهو يزعم أن إنعكاس خبرة مهنية ربما يجعل هذا التأثير واضحاً ويكون العملاء أفضل قدرة على إختيار المدى الذى يريدون فيه أن [illegible] المعالج ويصنفوا ردود فعلهم الخاصة كمنفصلة عن تلك الخاصة بالمعالج (Gurman & Klein, 1981).

افعال جنسية غير مشروعة خارج الزواج:

هل معرفة أن أحد الشريكين ينغمس فى الوقت الحالى فى فعل جنسى غير مشروع خارج نطاق الزواج يغير من سير العلاج؟ فالمعالجون الذين [illegible] «لا» على هذا السؤال غالباً مايركزون على تحسين العلاقة الأساسية، التى إذا ماكانت ناجحة يمكن أن تتضاءل فى الأهمية. كما يشجع عدد صغير من المعالجين أحد القرينين على المبادرة أو الإستمرار فى عمل جنس غير مشروع للرفاهية الخاصة بالفرد أو ربما حتى لتحسين العلاقة... .

ومع ذلك، توجد عقبات ممكنة لتأسيس أفعال جنسية غير مشروعة خارج الزواج للعملاء. **أولاً**، حتى إذا كان الفعل الجنسى غير المشروع مفيداً لأحد الشخصين، فإن الآخر لابد أن يقاسى. **ثانياً**، العلاج الذى يوجه تجاه العلاقة غير محتمل للنجاح إذا وزع قرين إنتباهه بين علاقتين... .

والبديل الآخر هو إحباط علاقات خارج الزواج بشدة أو حتى الإشتراط بأن الأفعال غير المشروعة خارج الزواج يجب أن تنتهى من أجل بدء العلاج (Jacobson & Margolin, 1979). وهذه الوقفة، توصف بشكل نمطى باعتبارها إستراتيجية أكثر من أخلاقية، تفترض أن الفعل الجنسى غير المشروع يمكن أن يعوق قدرات كلا الشريكين عن إلزام أنفسهما كلية بتحسين العلاقة ويمكن أن يؤدى إلى إيقاف وإحباط سير العلاج. ومع تزييله على نطاق واسع، فإن هذا الوضع يمثل قيمة مهنية أكثر من استنتاج منشق إمبريقياً. والفائدة العلاجية لهذه الوقفة هى أنها غالباً ما تحث على إنهاء فعل جنسى غير مشروع كتوضيح خاص بأن رغبة القرين أن يعمل من أجل العلاقة. ومع ذلك، فإن العقبة هى أن أحد القرينين يمكن أن يلغى بحذر المعلومات الخاصة بفعل جنسى غير مشروع خوفاً من أن يكون مستثنياً من العلاج... .

أدوار الجنس:

إلى أى حد يقبل المعالج تعريف الأسرة بهويات الدور الجنسى كمقاومة لمحاولة التأثير على وتعديل إتجاهاتهم بهذا الخصوص؟ وقد أدى الإنتباه الحديث

إلى هذا السؤال إلى الإستنتاج بأن العلاج الزواجى والأسرى غالباً مايميل إلى تدعيم تنميط الدور الجنسى (Gurman & Klein, 1981). ومن الإتجاهات الجنسية الموجودة لتمييز العلاج النفسى بصفة عامة (قوة مهمة APA على التحيز الجنسى وتنميط دور الجنس، ١٩٧٥)، فإن معالجى الأسرة مستهدفون [illegible]
يؤدى إلى توافق أفضل لمرأة، (٢) إيضاح إهتمام أقل بـ أو الحساسية لمهنة إمرأة عن مهنة رجل، (٣) تأييد الإعتقاد بأن تربية الطفل وهكذا مشاكل الطفل تكون مسئولية الأم على نحو منفرد، (٤) عرض معيار مزدوج لفعل جنسى غير مشروع لزوجة مقابل زوج، (٥) الإذعان لاحتياجات الزوج مقابل تلك الخاصة بالزوجة.

كيف يستجيب المعالج حينما يوافق أعضاء الأسرة على أنهم يريدون أن يعملوا تجاه أهداف تمثل، فى رأى المعالج، أيديولوجيات جنسية؟ بمحاولة البقاء دون إصدار حكم بخصوص أهداف العميل، فإن المعالج قد يدعم دون تعمد هذه الإتجاهات الجنسية. ولكن بمحاولة إعادة توجيههم إلى وجهة نظر مساواتية، فإن المعالج قد يعوق الأسرة عن بلوغ أهدافها ويبعد أولئك الأفراد الذين تكون نشأتهم الاجتماعية سعيدة بالأدوار التقليدية (Hare-Mustin, 1978).

وتنشأ أزمة أكثر صعوبة عندما تتحدى المرأة الأدوار الجنسية التقليدية فى حين يكون الزوج على مايبدو جنسياً عنيداً. وبمجرد أن يحدد المعالج حتى بصفة خاصة جنسية الزوج باعتبارها المشكلة، فإن المعالج يكون قد خرق المبادىء الإرشادية فى العلاج الزواجى- التحالف المتوازن مع كل شريك والسعى لفهم منظور كل قرين على قضية. وما يحتاج تصنيفه هو ماإذا كانت أدوار النظر إلى الصراع تعكس أوضاعاً إيدولوجية متشعبة أو ما إذا كانت الفروق الأيدولوجية تتأكد عن طريق قضايا العلاقة، أى أن متطلبات الزوجة تهدد الزوج، الذى يصبح أكثر جموداً فى موقفه، والذى يجعل الزوجة تعمل مزيداً من المتطلبات، وهكذا. ففى هذا الموقف الأخير يوجد عدد من الطرق يعكس القطبية المكثفة للزوجين وبذلك فإن المعالج يمكن أن يتجنب أن يصبح مشوشاً فى صراع أيدولوجى... .

... وحيث أن عدم الإنتباه لقضايا دور النوع يؤدى إلى مخاطرة تدعيم عدم مساواة دور النوع، فإنه يوصى أن المعالجين الأسريين يفحصون الأهداف العلاجية فى ضوء القيم التقليدية مقابل القيم اللاتقليدية. كما يوصى بأن المعالجين يفحصون سلوكهم الخاص بالنسبة لتعليقات وأسئلة غير مقصودة قد تتضمن أن الزوج والزوجة يقودان أدواراً وأوضاعاً تفاضلية... . وفى النهاية، يوصى بأن المعالج يكون واعياً بآرائه الشخصية بخصوص أدوار النوع من أجل تجنب فرض هذه الآراء على الأسرة أو إصدار حكم على الأسرة من منظور سابق التحديد عن الكيفية التى يجب أن تعمل بها الأسر.

ثانياً: القضايا الأخلاقية فى ممارسة الصحة النفسية فى الريف

لأن السياق البيئى الذى يمارس فيه العاملون بالصحة النفسية يعطى شكلاً للإهتمامات الأخلاقية، فإن الخصائص الفريدة للبيئة الريفية تكون هامة لفهم ملائم للقيود الأخلاقية على الممارسة فى نطاق حدودها. والغرض من هذه المقالة هو تحديد المشاكل الأخلاقية المرهقة بشكل ممكن والمرتبطة بالعمل فى مناطق ريفية والإيحاء بأن حلها الممكن قد يكمن فى طبيعة البيئة الريفية نفسها.

خصائص المناطق الريفية:

يمكن أن تزيد الإقامة والعمل فى مجتمعات أصغر مستوى كثافة العلاقات الإنسانية لأنه يوجد أناس أقل تتعلق بهم وتشاركهم الخبرات وتميل العلاقات الإجتماعية والسياسية إلى أن تكون مغلقة، وتتداخل بشكل [illegible] [illegible] الميول الإحتكارية بالبيئة الاقتصادية... .

... وقد يتكون نموذج العلاقات المتشابكة بشكل جيد بعنصر دال لبناء قوة المجتمع. وتكشف معرفة العلاقات الحقيقية وتلك التى تكون ممثلة فى الكتابات بأنها فى الحقيقة أكثر تعقيداً بكثير، ويمكن أن تكون لها جذور تاريخية واجتماعية واقتصادية سياسية وأسرية.

القضايا الأخلاقية الممكنة:

تتمثل القضية الأخلاقية الأولى، وربما الأكثر حسماً لممارسى الصحة النفسية الريفية فى السرية الخاصة بـ وفى نطاق العلاقات المهنية مع مستهلك أو متلقى الخدمات المهنية...

وقد زعم سولومون وزملاؤه (Solomon et al., 1981) أن التمسك الصارم بالخطوط الإرشادية الأخلاقية لرابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكية (APA) لا تقدم حلولاً واضحة بقدر كاف لبعض الصعوبات والصراعات التى يواجهها الأخصائى النفسى الذى يمارس فى منطقة ريفية. وبالإضافة إلى ذلك، فإنها تحدد موقفاً كامناً واحداً على الأقل تخلق فيه الخطوط الإرشادية الأخلاقية موقفاً ذا رباط مزدوج أو غير مريح للأخصائى النفسى الريفى. وهذا الموقف هو نتيجة لأمر (APA) الخاص بسرية المعلومات من ناحية ومسئولية الأخصائى النفسى لأن «يكون واعياً بمعايير المجتمع المنتشرة» حينما قد تكون معايير المجتمع أقل تقييداً من الأخلاقيات المهنية من الناحية الأخرى... .

وتصبح المشكلة أكبر عندما توجد عواقب شديدة بينمهنية Interprofessional للسلوك الناتج من الإذعان للمعايير الأخلاقية. ويقدم «سولومون وزملاؤه» (١٩٨١) توضيحاً حقيقياً لطبيب محيل يتوقع تغذية راجعة بخصوص الإحالة بصرف النظر عن إكتمال مستندات الانتقال، وحينما لاتصل معلومات عن الإحالة، فإن الطبيب قد يستاء ويوقف الإحالات إلى برنامج الصحة النفسية. ولأن الطبيب يحتمل أن يكون أحد المقدمين الطبيين فى المجتمع وبالتأكيد سيكون له تأثير اجتماعى وسياسى، فإن عواقب إبعاده قد تكون هائلة.

ومنظور آخر لهذه الأزمة، هو التوقع المتبادل للمعلومات المشترك فيها بين العاملين فى الخدمة الإنسانية. وعلى نحو متكرر فى المجتمعات الريفية، وفى مجهود لتقديم مجتمع كاف من الرعاية، فإن كثيراً من العاملين فى الخدمات الإنسانية من مجموعة متنوعة من الوكالات سوف تكون منغمسة مع نفس الحالة. وليس من غير الشائع الحصول على ممثلين من إدارة الرفاهية، والصحة النفسية، والتأهيل المهنى، والإدارة الصحية، وإدارة الضمان الاجتماعى، والتصحيحات التى تشمل الأسرة فى ذات الوقت. وعلى نحو نمطى سوف تشير إحدى الوكالات إلى الآخرين فى مجهود لتقديم مدخل للخدمات الشاملة. وكثير من البرامج الريفية تعقد اجتماعات تعاونية للهيئة تشمل العاملين من وكالات أخرى لمناقشة العملاء المشتركين. والأعمال الورقية التى تتعامل مع السرية قد تكون أوقد لا تكون مكتملة، والاتصال الرسمى وغير الرسمى بخصوص الحالة بين العاملين قد يقع أو قد لايقع فى نطاق قيود الممارسة الأخلاقية. وعلى نحو متكرر، يبدو أن العملاء يفترضون أن الإتصال بين الوكالات والمهن سوف يحتل مكاناً. وقد عُرفت من أكثر من عملاء قليلين

الذين يندهشـون فـيـمـا يـتـعلق بالـتعلم الذى لم يناقـشـوه بين مـهـنيى الخدمة الإنسانية. عـلاوة على ذلك، فإنهم يقدرون التـفـسـير الذى يكون لحما...هم مع التسلية بسبب عدم تناغمها مع النماذج المنتشرة للإتصال فى المجتمع.

والأزمة الواضحة التى يخبرها مهنيو الخدمة الإنسانية فى هـ... لموقف هى انه إذا إتصل مره ثانيه بالطبيب المحيل لمعرفه بعض المعلومـ... ـصه منه، فإنه فى الحقيقة يكون قد إنتهك حصانة السرية، وإذا لم يتصل ...ختص الصحة النفسية مرة ثانية بالطبيب، فإن الطبيب قد يُساء إليه ويرفض حالات لاحقة للمركز ومن الممكن أن يستخدم هيبته الاجتماعية والسياسية للضرر ببرنامج الصحة النفسـيـة المحلية. وهذا التـمـزق لن يكون مؤذياً فقط ...قاعدة الاجتماعية السياسية للمركز، ولكنه سيُعرض للخطر جودة الإستمرارية الخاصة بالرعاية للعمـلاء الآخرين فى المجتمع. وإذا شارك عضـو الهيئة الصـ...ـية فى مؤتمرات حالات خدمة المجتمع بدون إذن من العـمـيل، فإنه يوجد إنتهـا... واضح للمعايير الأخلاقيـة من حيث أن ثقة العـمـيل تكون قـد خرقت. ومن ...احية الأخرى، إذا رفض عضو الهيئة أن يشارك، فإن مـصـدراً قـيـمـاً للمجتمـ... يفقد، وبالتـالى فإبتعـاد برنامج الصحة النفسـيـة من وكـالات المجتمع الأخرى ينتج. وبصفة خاصة، إن الابتعاد بين وكالات الخدمة الإنسانية فى مدينة صغيرة ضار بسبب المصادر المحدودة من قبل. وقـد أوضح هوليـسـتـر (Holl...ster, 1982) أهمـيـة تنمـيـة عـلاقـات هادئة بين هذه الوكالات فى المجـتـمـعـات الصـ...ـيرة. وبالتـأكـيـد، فـهـذه المواقف الواقعية هى ليـست بدون عـواقب أخلاقـيـة ...ونية وسياسية ممكنة.

وتخص قضية أخلاقية ثانية مثيرة للمشاكل بالنسبة للأشخاص ...هنيين الريفيين حدود الممارسة... فحد الكفاية المهنية موضوع خطير وحساس ... غالباً ماتصعد مصداقية الشخص على تفسيره لهذه الحدود. ففى الممارسة الريفية، ينتشر النموذج العام للمارسة بسبب نقص المصادر والمهن المتاحة (Hargrove, 1982). ونتيجة لذلك، فإن الأخصائى النفسى الريفى يحتمل أن يُستدعى للاستجابة لسلسلة واسعة من المشاكل والناس. وإذا إستطاع مهنى الصحة النفسية أن يساعد فى تحديد مشكلة إكلينيكية لعميل ويحيل ذلك الشخص إلى أخصائى مدرب على نحو لائق، فإن تشخيصاً وتدخلاً أكثر تنقيحاً قد يتعامل مع العميل بشكل لائق. ومع ذلك، تنتج المشاكل حينما لايوجد مصدر محلى آخر للتشخيص أو العلاج. وفى الحقيقة، توجد مواقف يكون فيها الإختيار إما العلاج من شخص يكون متاحاً أو لا علاج على الاطلاق... .

والإستجابة الأكثر ملائمة لهذا الموقف المظلم ليست واضحة على الإطلاق. وفى القضية يكون التعريف خاص بالكفاية المهنية فى منطقة معينة وعواقب ذلك التعريف. متى يُظن أن شخصاً كفؤ مهنياً وبواسطة من؟ مامدى ضيق مجالات الكفاية المهنية التى فيها يجب أن يُحكم على شخص بالكفاية، وما التأثير الذى لهذا على الشخص المهنى الذى يجب أن يعمل باعتباره لا اختصاصى، إما بواسطة متطلب الإختبار أو العمل؟

والأزمة الأخلاقية الثالثة التى تتعلق بالممارسة الخاصة بتقديم خدمة صحة نفسية فى البيئات الريفية هى المستويات المتعددة للعلاقات بين الأشخاص الذين يعيشون ويعملون فى مجتمعات صغيرة.

الحل الممكن للأزمات الأخلاقية:

إن حلول الأزمات الأخلاقية التى تواجه الممارسين الريفيين متنوعة وخلاقة مثل المواقف والأشخاص فيها. وعلى نحو متكرر يجد مهنيو الصحة

النفسية الحلول للمشاكل فى طبيعة البيئة نفسها وفى فهم لانق المبادىء الأخلاقية لرابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكية (APA).

أولاً: يحتاج الممارس الريفى إلى أن ينمى رأياً ملائماً عن المعايير الأخلاقية نفسها.

[illegible] من إتخاذ أفضل قرارات ممكنة تحت مجموعة معينة من الظروف. والمعايير ليست بديلاً للحكم الإكلينيكى أو الأخلاقى على جانب المشتغل بالصحة النفسية المهنية. ويعتبر إتجاه الممارس الذى يشمل قصده هاماً على نحو حاسم فى الوصول إلى مناهج ملائمة للعمل فى المواقف الغامضة أخلاقياً.

ثانياً: يحتاج الممارس الريفى أن ينظر إلى مصادر البيئة الريفية من أجل حلول للمشاكل التى تنتج من تلك البيئة. والسياق الريفى للممارسة قد يعتنق على نحو جيد المفتاح إلي الحل الخاص بمواقف صعبة أخلاقياً تماماً كما لو أنه قد يخلق المشاكل فى المحل الأول. على سبيل المثال، فى حالة الطبيب الذى يحيل عميل إلى وكالة الصحة النفسية مع توقع أنه سيتلقى معلومات تتبعية، فإنه من الممكن على نحو مرتفع أن إكلينيكى الصحة النفسية سوف تكون له علاقة إما مهنية أو شخصية (أوكلتاهما) مع الطبيب وسيحصل على فرصة ثمينة بشرح الموقف بتفصيل كبير. وإذا لم يحصل المشتغل بالصحة النفسية على هذا النوع من العلاقة مع الطبيب، فمن المحتمل على نحو مرتفع أن عضو إدارة أو صديق آخر بالوكالة سوف يحصل على مثل هذه العلاقة. وعندما تتطور علاقة شخصية مع الطبيب، فإن محيطاً مختلفاً يمكن موضوعات الثقة وتحويل المعلومات للمناقشة فى علاقة كلية. وإذا ماحدثت هذه العلاقة، فإن أموراً تنجح بطريقة شخصية، مما يغذى الحياة الريفية.

وبالنسبة للمؤتمرات التى تحضرها هيئة عى نطاق واسع، فمن الممكن أن تخطط إنسياباً للمعلومات التى تشمل كل الأشخاص/أو الوكالات التى تحضر. والغرض من الاجتماع، فيما يُزعم، هو رفاهية العميل، وأن يكون العميل واعياً بكل إنغماسات الوكالات وأنه من الممكن أن لايكون لديهم إعتراض للمشاركة فى المعلومات. وإذا لم يعارض، فقد يوجد سبب طيب. وعند هذه النقطة يمكن أن يكون لدى الإكلينيكى سؤال خاص بملائمة وكالة خاصة أو أحد أشخاص هيئة لحضور مثل هذه المؤتمرات. وإذا إختار العميل أن لايُسمح بمناقشة موقفه فى مؤتمر الحالات بين الوكالات، فإن المسئولية تقع على الإكلينيكى.

وتعتبر حدود الكفاية الإكلينيكية قضية خطيرة مزدوجة النهاية يجب تناولها بحذر وإتساق. إنها هامة بصفة خاصة من وجهة نظر البحث فى العلاج النفسى الذى يؤكد أن الناس يمكن، فى الحقيقة، أن يؤذوا عن طريق عملية العلاج النفسى. أولاً، يجب أن يحدد الإكلينيكى طبيعة المشكلة التى يبحث من أجلها عن المساعدة. وبعد ذلك، يجب إصدار قرار بما إذا كان أكثر كفاءة لعلاج الاضطراب من وكالات متاحة أخرى أو ما إذا كان العميل قد يستفيد أكثر من تدخل كفؤ على نحو هامشى أكثر من لاشىء على الإطلاق. وإذا لم يحدث، فإن هذه الحقيقة يمكن أن تُفسر للعميل، ويمكن للإكلينيكى تقديم مساعدة فى إيجاد أقرب مساعدة متاحة. ومن المهم إنغماس العميل فى قرار معلوم يتسق مع المعايير الأخلاقية.

وفى هذه النقطة، يمكن للوكالة بكاملها أن تكون ذات مساعدة تؤخذ فى الإعتبار إذا كان لها علاقات سابقة أو مؤسسة متبادلة مع مقدمين آخرين للصحة النفسية. وتنمى بعض الوكالات على نحو متميز علاقات مع وكالات الصحة النفسية المحيطة لتقديم خدمات متخصصة مهما كانت هناك حاجة

إليها، وهكذا توسع مدى خدماتها الخاصة. وفى هذا الحدث، يكون من الضرورى لكل إكلينيكى فى أى وكالة أن يكون واعياً بالمصادر المتاحة لدى الآخرين... .

ومن المهم أن يتبين ويحترم مهنيو وكالات الصحة النفسية الريفية [illegible] مهنى.
وعلى نحو متكرر، فإن هذه الحقائق هى أيضاً عوامل يمكن أن تؤدى إلى مشاكل صعبة بالوكالة مالم تقترب بطريقة شرعية حذرة. ومن المهم بقدر متساو أن يتوقع مديرو وإكلينيكيو الصحة النفسية الريفية أنماط المشاكل الأخلاقية التى قد تنشأ ويخطط لها طبقاً لذلك... .

ثالثاً: القضية الأخلاقية للاتقان فى العمل مع مريض الإنتحار

وجد أن الإنتحار هو موقف الطوارىء الذى يواجه على نحو متكرر فى أغلب الأحيان بالنسبة لمهنى الصحة النفسية، ومع الإكلينيكيين الذين يتبون العمل مع المرضى الإنتحاريين المضغوطين إلى أقصى حد من كل المحاولات الإكلينيكية(Deutsch, 1984).

علاوة على ذلك، يبدو من النتائج الإمبريقية أن الأخصائى النفسى المهنى العادى المنغمس فى الرعاية المباشرة للمريض لديه أكثر من ٢٠٪ فرصة لوقاية مريض من الانتحار فى وقت ما خلال حياته المهنية... وقد فحصت دراسة كليسبايس وزملائه (Kleespies et al., 1990) الحدوث والتأثير لخرق مواجهة إنتحار المريض خلال سنوات التدريب الخاصة بالطلاب المتخرجين من قسم علم النفس، فوجدت أن واحداً من ستة طلاب قد خبروا إنتحار مريض فى وقت ماخلال تدريبهم... .

... وتفوض المبادىء الأخلاقية لرابطة علم النفس الأمريكية (APA, 1981: 634) أن «الأخصائيين النفسيين يعترفون بحدود إتقانهم وقصور تقنياتهم. وهم يقدمون خدمات فقط ويستخدمون فقط التقنيات التى هم مؤهلين لها عن طريق التدريب والخبرة». وقد بين هارار وزملاؤه (Harrar et al., 1990:39) فى مناقشة النواحى الأخلاقية والقانونية للإشراف الإكلينيكى أن المسئولية المباشرة يمكن أن تحدث إذا خصص المشرف مهمة لمتدرب عرفه المشرف أو يجب أن يكون قد عرفه متدرباً على نحو كاف لتنفيذها».

... ولأن رابطة الأخصائيين النفسيين... قد أخذت مثل هذا الوضع على الحاجة إلى أخصائيين نفسيين لإدارة مشكلة الإنتحار بكفاءة، فإنه من الواضح أن التدريب الرسمى للخريجين فى دراسة الإنتحار يكون جزءاً ضرورياً من منهجنا للخريجين من أجل الممارسة المهنية... .

السرية والمريض الانتحارى:

بصفة عامة، تتطلب الاعتبارات الأخلاقية أن الإكلينيكيين يزودون عملائهم بمعلومات كاملة عن الحدود للسرية. وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن يعطوا فكرة حذرة بخصوص كيف يمكن أن يتناولوا أنماطاً متنوعة من المتطلبات لإطلاق المعلومات أو خرق السرية قبل أن تحدث المواقف المعينة... .

ونصيحتى الأساسية هى تنمية فهم جيد من القضايا المتضمنة فى خرق السرية مع المرضى الإنتحاريين قبل الحقيقة، ويعنى هذا أنه لابد أن يكون قد تم التفكير بحذر فى سياسة الفرد الخاصة بخرق السرية قبل أن يطلب التنفيذ، والبحث عن إستشارة فى أى موقف من الشك.

واوضح سيمون (Simon, 1988) أن طلب المريض المؤهل للمحافظة على السرية يجب أن يُطاع مالم يكن المريض خطر بشكل واضح على نفسه وعلى الآخرين. ومع ذلك، فإن الواجب القانونى هو تحذير أو إعلام الأطراف الأخرى التى توجد فى بعض السلطات القضائية فقط إذا كان خطر الأذى البدنى مهدداً نحو الآخرين.

ويجب أن يفهم الأخصائيون النفسيون القوانين والتنظيمات المتعلقة بخرق السرية حينما يكون المرضى «خطرين على ذواتهم» (Vande Creek & Knapp, 1989).

وذهب شنيدمان (Shneidman, 1981) إلى أن السرية، حينما يعرض مريض سلوك إنتحارياً، يجب أن لا تكون قضية هامة بين الأخصائيين النفسيين ومرضاهم. وجادل بشدة بأن الهدف الرئيسى لعلاج الانتحار هو إزالة الموقف المهلك المحتمل. وهكذا، فالتمسك بمبدأ السرية يكون مناقضاً لعقيدة أساسية خاصة بعلاقة علاج نفسى أخلاقى.

وتقرر السياسة الرسمية لرابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكية (APA) أن الأخصائيين النفسيين لديهم إلتزام أولى باحترام سرية المعلومات التى يتم الحصول عليها من الأشخاص فى أثناء عملهم والتى قد يكشفون عن مثل هذه المعلومات لآخرين فقط بموافقة الشخص أو ممثله القانونى، وباستثناء تلك الظروف غير العادية عندما لايفعلون هذا يمكن أن يؤدى إلى خطر واضح للشخص أو للآخرين (Keith-Speigel & Koocher, 1985).

وقد لاحظ كيثيل (Gutheil, 1984) أنه مع المرضى الذين تكون لديهم قضايا إنتحارية سائدة، يكون من المهم تقييم قدراتهم على المشاركة فى تحالف علاجى مع الإكلينيكى.

المريض الذى يكون متعاوناً، والذى يرى القضية كمشكلة مشتركة لكل من المريض والإكلينيكى، يكون فى موقف مختلفاً تماماً من المريض الذى يرى نفسه عاملاً وفق... . فالفصل بين المريض الذى يمكن أن يتعاون ولكنه لايفعل والمريض الذى يكون عليلاً فيما يتعلق بالتعاون قد يعنى الفرق بين النجاح والفشل فى مجال التقاضى (Gutheil, 1984:3).

ولذلك، ففى معظم المستوى الأساسى، أعتقد أن الإكلينيكيين لديهم واجب مهنى فى عمل إجراءات مؤكدة ملائمة لمنع مرضاهم من إيذاء أنفسهم. وفى بعض الأوقات، قد يستلزم هذا الاتصال بأعضاء الأسرة بخصوص محددات حالة المريض، كمحاولة لتحسين تفاعلات الأسرة السامة مع المريض، أو تعبئة المساندة من الأسرة وآخرين هامين (Bongar, 1991).

وكما مع بعض الحقوق الفردية الأخرى التى يعترف بها المجتمع الأمريكى، إعتنقت المحاكم أن الحق فى الخصوصية يجب أن يتوازن مقابل حقوق الأفراد الآخرين ومقابل المصلحة العامة (أى، وظائف الحكومة التنظيمية الشرعية) لتحديد ماهى الحقوق التى يجب أن تسود. ونتيجة لهذه العملية المتوازنة حددت المحاكم إستثناءات كثيرة للقاعدة العامة الخاصة بالسرية العلاجية. والنقطة الحاسمة هى أن الأخصائى النفسى يجب أن يخبر المرضى بالإستثناءات التى توجد للسرية قبل دخول المريض فى العلاج (Bongar, 1991).

وقد لاحظ سيمون (Simon, 1988: 61) أن الفهم والحكم الجيد يمكن أن يؤديا إلى قرار لنقض سرية المريض، بصفة خاصة، حيث «من المحتمل أن المريض سيرتكب جريمة إنتحار ويمكن إيقاف هذا العمل فقط بواسطة تدخل

أخصائى الطب النفسى... . ومع ذلك، فإن أى نقائص من ناحية المحافظة على السرية يجب أن تفسر للمرضى قبل بداية أى تقويم أو علاج».

علاوة على ذلك، يجب أن يؤخذ فى الاعتبار نقص السرية . لقد لاحظ سترومبرج وزملاؤه (Stromberg et al., 1988:14) أن :

> من الناحية الأخلاقية، قد يضطر المعالج إلى إفشاء معلومات بخصوص مريض فى حالة طوارىء ، حينما سيكون الإفشاء أفضل بوضوح من أجل المريض. وعرفت المحاكم على نحو متزايد «الطارىء» Emergency على نحو ضيق بحيث لم يغط كل ثغرات السرية التى ينظر إليها المعالج الخاص كملائمة ولكن تلك المعوقة، لأن صحة المريض فى خطر على نحو بارز.

كما أوضح سترومبرج وزملاؤه (١٩٨٨) أن مجال الإفشاء ، يجب أن يقتصر على ماهو ضرورى بالنسبة لتقديم رعاية ملائمة. وأنه، على سبيل المثال، يتم الإفشاء بحسن نية بحثاً عن إلتزام أقارب المريض فى ملاحظته ليكون محمياً إلى حد كبير.

وقد قرر بونجار (Bongar, 1991) أنه إذا كان نقص السرية ضرورياً لإنقاذ حياة المريض، فإن الأخصائى النفسى يضطر إلى أخذ هذه الخطرة. ووافق «بونجار» شنيدمان (Shneidman, 1981) على أنه إذا كان مثل هذا النقص للسرية ضرورياً لإبعاد الموقف المهلك، فإن الأخصائى النفسى يجب أن يفعل هذا «ولايتحالف مع الموت».

ومن أجل مناقشة موسعة للأزمات الأخلاقية والقانونية المعقدة التى غالباً ما تبزغ عند العمل مع مرضى إنتحاريين، على سبيل المثال، قضايا الانتحار والقتل الرحيم، نوجه القارىء إلى أعمال أمشين وزملائه (Amchin et al., 1990) .

رابعاً: القضايا الأخلاقية والقانونية فى العلاج بالبريد الإلكترونى

حديثاً، بدأ يستخدم الأخصائيون النفسيون والأطباء النفسيون الحاسبات الآلية فى تقديم العلاج للعملاء، فى مواقع بعيدة، ومثل مقالات النصيحة الشعبية، فإن إكلينيكى البريد الإلكترونى يقدمون إستجابات مختصرة للأسئلة المختصرة. وبإستخدام البريد الإلكترونى، فإن العميل يرسل أسئلة (ومعلومات خاصة بالبطاقة الإئتمانية Credit card) للإكلينيكيين الذين يستجيبون بسرعة، على نحو تقريرى بين ٤٨و ٧٢ساعة. وتكون الأسئلة والأجوبة مختصرة، فقرة فى الطول تقريباً. ولإيضاح المشاكل الملازمة فى إستخدام التكنولوجيا بهذه الطريقة، نستكشف خدمتين ممثلتين، هما: أداة التقلص Shrink-Link، وشبكة المساعدة Help-Net .

وفى فبراير ١٩٩٥ ظهر العنوان الإلكترونى التالى على الشبكة واسعة المدى (تستخدم الشبكة واسعة المدى شكلاً معروفاً بإعتباره النص الفوقى الذى يسمح للمستخدم بالتفاعل مع صفحة رئيسية للنص والرسوم البيانية التى تتصل بصفحات ومعلومات أخرى عن طريق لوحة الكلمات Keywords وفى هذا الاعلان عندما يلقى مستخدم الضوء على الكلمات ١٥-٤٠ سنة من الخبرة، باستخدام فأرة الكمبيوتر أو طرق أخرى، تظهر صفحة للمستخدم تدون الأسماء والاعتمادات للمهنيين فى الهيئة).

أداة التقلص Shrink-Link

تساعد أداة التقلص الناس على تنمية أحكام معلومة وإختيارات بخصوص السلوك الإنسانى. وتخصص تلك الأداة مدخلاً مباشراً للبريد

الإلكترونى لهيئة من الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين المستعدين للمراجعة والتعليق على أى سؤال أو صراع هام تقريباً فى حياتك.

مهتمون بمخاوفك؟ بمن تكون أنت؟ منزعج بالمنزل أو بالعمل؟ تعانى من اليأس؟ أسئلة عن الأدوية؟ إن معالجو أداة التقلص النفسيين قد كانوا يتناولون أسئلة مثل هذه فى جلسات خاصة لسنوات. وسواء أكنت تحتاج إرشاداً عاماً، أو على حافة أزمة، أو تبحث عن مراجعة رفيق كفؤ، فأداة التقلص قد تكون قادرة على المساعدة. كما يُشرك أو يُضمن المستشارون فى إستجاباتهم معلومات خاصة بإحالات نافعة، كلما كان ذلك ملائماً.

إن أداة التقلص ليست بديلاً لإرشاد وجهاً لوجه وقد لاتكون ملائمة لكل فرد. ومع ذلك، فإنها تركز على اهتمام مجموعة من مهنيى الصحة النفسية المدربين لذلك. وتشمل قائمة أداة التقلص حالياً ستة أخصائيين نفسيين وطبيب نفسى واحد، كل منهم ذو خبرة تتراوح من ١٥-٤ سنة من الخبرة الإكلينيكية. وهؤلاء هم نفس الأشخاص الذين يتقاضون ١٠٠-٢٠٠ دولاراً للجلسة من ٤٥ دقيقة.

ومن خلال أداة التقلص تستطيع أن توجه سؤالاً لواحد من ثمانية مجالات من العلاج النفسى، وسوء استخدام العقار/الكحول .. إلخ (الاختيارات مدونة على صفحة الاستمارة).

وتكلفة إستخدام أداة التقلص هى ٢٠ دولاراً لكل سؤال وإستجابة صادقين. ويمكن أن تتوقع إستقبال إستجابة عن طريق البريد الجوى فى غضون ٧٢ ساعة.

شبكة المساعدة: Help Net

إن شبكة المساعدة هى خدمة أخرى للعلاج بالبريد الإلكترونى مماثلة لأداة التقلص على نحو جدير بالإعتبار. والفرق الأساسى هو فى كيفية توزيع الأسئلة على الأخصائيين النفسيين أو الأطباء النفسيين. وعلى الرغم من أن كلتا الخدمتين تسمح للمستخدمين بتصفح الأسماء والاعتمادات الخاصة بمهنيى الهيئة (تقدم شبكة المساعدة كذلك على الخط صور المعالجين الفوتوغرافية التى قد تكبر بطلب إستجابة مباشرة بخصوصها). وأداة التقلص لا تسمح للعملاء بأن يتناولوا أسئلة لمقدمين معينين، وإنما العملاء يتناولون أسئلتهم الخاصة بفئة معينة ويتم تحويل السؤال إلى مهنى ملائم. وتسمح شبكة المساعدة بثلاث طرق من تقديم الأسئلة. وقد يرسل العملاء أسئلتهم مباشرة إلى أخصائى نفسى أو طبيب نفسى يختارونه، ويقدمون الأسئلة بقائمة معدة من الفئات، أو يقدمون أسئلة عامة سوف يتم تحويلها عن طريق الخدمة إلى مقدم ملائم. وكما سوف يناقش فيما بعد، فإن هذا الفرق له مضمونات.

وفى يوليو عام ١٩٩٥ طلب رئيس رابطة علم النفس الأمريكية (APA) وأعضاء عديدون بالمجلس من مجلس إدارة الرابطة أن يأخذ فى الاعتبار أخلاقيات العلاج الذى تسهله شبكة الانترنت. وفى يوليو من نفس العام إعترف مجلس إدارة الأخلاقيات بالرابطة بالعلاج بالإنترنت وقدم خطوطا إرشادية عامة توجه المعالج الذى يستخدم التليفون، والمؤتمر الذى يعقد بالتليفون، أو خدمات الإنترنت للأخذ فى الاعتبار تطبيق المعايير الأخلاقية التى تطبق على العلاج.

العلاقة المهنية:

تعتبر طبيعة العلاقة المهنية المؤسسة عن طريق معالج البر[illegible]كتروني هامة لأن أبنية وصيغ العلاقات المختلفة للعلاج لها معايير [illegible] مختلفة. على سبيل المثال، لايتعرض أخصائي نفسي الاعلا[illegible]chologist [illegible] A m[illegible] لنفس المسئوليات الخاصة بحفظ السجلات كما يفعل إكلينيكي [illegible] مريضاً في علاج تقليدي وجهاً لوجه... وبلغة بسيطة، يلي بناء ال[illegible] مهنية الإلتزامات الأخلاقية للمعالج... .

وتجعل العلاقات المهنية تقديم الخدمة آمناً ومتنبئاً به لكل[illegible] المعالج والعميل. وحينما يدخل أخصائي نفسي وعميل في علاقة مهنية [illegible]، فلكل منهما توقعات بخصوص الحدود المقبولة وماهي التكاليف والفوائد التي ستكون للتفاعل. وحينما يؤسس المعالج التقليدي علاقة مهنية، [illegible] يلتزم بها. كما يتم تصميم كل من معايير الخصوصية والسرية (التي تفوض المحافظة على السرية وإبقاء السجلات) ومعايير العلاج (التي تشمل موافقة [مع]لومة، وبناء العلاقات، والإنهاء) وذلك من أجل ضمان الأمان والتنبؤ لكلا [الط]رفين. والمعالج الذي يتبع هذه المعايير يقلل إلى أدنى حد الغموض بمناقشة [illegible] على نحو صريح في بداية العلاج... .

وإذا ما وجدت علاقة مهنية، أو إذا ماوجب وجودها، بين [illegible]جي البريد الإلكتروني والعملاء، فإن المعايير الأخلاقية التي تنطبق على [illegible]لاج يمكن كذلك أن تنطبق على إكلينيكي البريد الإلكتروني. ولكن هل [illegible]صل **علاج البريد الإلكتروني إلى عتبة تؤسس علاقة مهنية؟ هل تلاحظ أن خدمات أداة التقلص وشبكة المساعدة ليست [illegible] بديلاً للإستشارة وجهاً لوجه؟ وهل يكفي هذا لتبديد توقعات ال[illegible]**

لسوء الحظ، نجد أن الإعلان لم يصف طبيعة أو حدود العلاقة بالبريد الإلكتروني. ولا يوجد ذكر للسرية، وتقديم الفواتير، والموافقة المعلومة أو مايمكن أن يأمله العميل من كسب من التفاعل.

ونحن لانفهم كيف وصل هؤلاء الأخصائيون النفسيون إلى هذه الإعلانات الغامضة. وقد تعوق قوة الإقناع للاعلانات بشكل جاد مناقشة تامة لحدود العلاقة. كما يعتقد هؤلاء الأخصائيون أنهم ليسوا في حاجة لتلك العلاقة لأنهم لم يفعلوا علاجاً بل يقدمون خدمة فعالة للمستخدمين.

ويصرف النظر عن البناء المعين المستخدم بواسطة الخدمة للإتصال بمقدم للعميل، فإن الحالة الغامضة لشؤون المسألة تكون غير كافية. ولأن المهنيين يعلنون عن أنفسهم كأخصائيين نفسيين وأطباء نفسيين، ولايقدمون تنازلاً عن أنهم يمارسون شيئاً ماغير علم النفس أو الطب النفسي، فإن المستخدم العقلاني للأنظمة يمكن أن يفترض أن الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين على شبكة المساعدة يمارسون مثل المهنيين في كل مكان آخر. والأخطاء الأكثر وضوحاً التي قد يرتكبها العملاء هي إفتراض أن الإتصالات مع مهنيي البريد الإلكتروني سرية وأنهم عملاء.

وعلى الرغم من أن الإعلانات تقرر أن الإتصالات ليست علاجاً، فإنها لا تقرر خدماتها. هل يمكن أن يتوقع المستخدم نصيحة أو مساعدة أو عوناً؟ وعلى الرغم من الفروق بين الاتصال بالبريد الالكتروني والعلاج النفسي قد تبدو واضحة بالنسبة لمعظم الإكلينيكيين، فليس واضحاً جداً أن كل الأشخاص العاديين سوف يفهمون مباشرة كيف أن بناء وفوائد الصلة المتقلصة وشبكة المساعدة تختلف عن تلك التي تُخبر في العلاج.

إذن ما هو المعيار الذى يجب أن يشاد [illegible] البريد الإلكترونى؟ فإن أحد المجالات لتقويم خدمات جديدة هو [illegible] بتلك التى بُنيت أو شُيدت على نحو مماثل، ومعالج البريد الإلكترونى [illegible] يأملون أن يشجعوا تشجيع العملاء على [illegible] علاقة [illegible] الإتصال الذى يسهله البريد الإلكترونى [illegible] علاج Media psychology . تحت كود الأخلاقيات الحالية [illegible] الإعلام Media psychologists هم الإكلينيكيون الوحيدون [illegible] لهم بالممارسة خارج علاقة مهنية مؤسسة. ومع كل من سيكولوجى [illegible] الإعلام وإكلينيكى البريد الإلكترونى يكون التفاعل مختصراً على نحو [illegible] حيث يتم الاستجابة لمشكلة معينة أو سؤال من عميل قد يكون بعيداً [illegible] الناحية الجغرافية.

ويحرم المعيار الأخلاقى ٣٫٠٥ على سيكولوجى الإعلام تشجيع المرضى على أن يستدلوا أن علاقة شخصية قد كانت تقدم. وليس هذا صعباً بالنسبة لسيكولوجى الإعلام لأن أى إتصال هو جزء من إذاعة أكبر. كما يجب [illegible] يفهم الزائر أو المشارك العقلانى أنه يوجد غرض إضافى أكبر للإتصال. إنه [illegible] فقط لمساعدة المريض ولكن أيضاً لتعليم أو تسلية مستمع. ولن يكون [illegible] الزائر أو المشارك متحدثاً للمعالج إذا لم يكن جزءاً من إذاعة أكبر.

وكما هو الحال بالنسبة للبريد الإلكترونى، توجد خدمات علاج [illegible] أخرى عن طريق التليفون، وفى هذه الحالة يكون المعالج والعميل بعيدين [illegible] والمعالجون عن طريق التليفون يتمسكون حالياً بنفس المعايير مثل [illegible] المعالجين الآخرين (American Psychological Association Ethics Committee, 1993) . وهم ملزمون بجعل العميل على علم بالموافقة قبل العلاج، [illegible]

أن يناقشوا السرية وقوائم الأتعاب وعليهم واجب حماية العملاء والضحايا الممكنين من الأذى.

السرية: Confidentiality

لا تذكر أى من الخدمات الموصوفة سابقاً السرية. ومع ذلك، تقترح شبكة المساعدة أن المقدمين سوف يجيبون على كل الأسئلة «مهنية وخاصة». وهذا مضلل ومحير. فالبريد الإلكترونى ليس خاصاً، والسرية معيار غير ممكن تقديمه بواسطة معالجى البريد الإلكترونى. وفى الحقيقة، على عكس كثير من توقعات المستخدمين، يفترض معظم الخبراء أن البريد الإلكترونى ليس آمناً أو سرياً. فقد كتب خبير فى الاتصال الخاص بالكمبيوتر يُدعى جلوسبرنير (Glossbrenner, 1990) «أن جميع الرسائل بالبريد الإلكترونى يمكن أن تقرأ بواسطة أناس غير شركائهم المقصودين، وهكذا، فإن الشخص قد يزعم أنهم سوف يكونوا قارئين حتى إذا لم تكن تلك هى الحالة فى الحقيقة».

وسرية الرسالة هى الصعوبة الوحيدة. وعلى المعالجين بالبريد الإلكترونى أن يبقوا فى حدود المعايير الأخلاقية، وأن يحذروا المستخدمين أنه لا توجد إتصالات سرية عن طريق البريد الإلكترونى.

وتلخيصاً، فمن أجل إعلام كامل للعميل بخصوص حدود السرية، فإن المعالج يجب أن يفشى **أولاً**، أن أنظمة البريد الإلكترونى غالباً ما تخزن تفاعلات البريد الإلكترونى، **ثانياً**، أن الأفراد غير المقصودين الذين يستقبلون ربما كان لديهم مدخلاً سهلاً نسبياً للبريد الإلكترونى، **ثالثاً**، إن الحاسبات الشخصية قد تخزن التفاعلات وأن هذه قد تكون مقروءة بواسطة أى شخص آخر له مدخل للحاسب، وفى النهاية، كما فى كل حالات العلاج، قد

يحتاج الإكلينيكي إلى إنشاء معلومات سرية إذا أدرك أن العميل ... مخاطرة خاصة بإيذائه أو إيذاء شخص ما آخر على نحو مباشر.

حدود الكفاية: Boundaries of Competence

مثل هذه الإستشارة أنها تطير في وجه الحكمة الإتفاقية بدون تقييم ... احتمالية سوء تشخيص مشكلة عميل أو إفتقاد مرض مثير يبدو مرتفعاً بشكل غير عادي. ومعظم المعالجين قد حصلوا على الخبرة الخاصة بالتنظيم في ... الجلسة الأولى، أو حتى في الخامسة، بأن مشكلة المريض لم تكن على الإطلاق ماظهرت خلال اللحظات القليلة الأولى. ويتلقى المعالجون بالبريد الإلكتروني مافي عقل العميل لثوان قليلة فقط. ونادراً ماتكون الثواني القليلة ... العلاج كافية لمعظم العملاء من أجل الحصول على أي تأثير. ولكن هذا بدقة ... يقدمه إكلينيكيو البريد الإلكتروني.

والاحتمالية المرتفعة لسوء التشخيص يجب أن تؤخذ في الإعتبار في ضوء مدركات العميل الخاصة بالمعالج. فتعلن شبكة المساعدة أوغيرها عن هيئة بإعتبارها أخصائيين نفسيين وأطباء نفسيين ذوى كفاءة عالية ... كل منهم ذو ١٥-٤٠ سنة من الخبرة الإكلينيكية... ونفس الأشخاص يتقاضون عادة ١٠٠- ٢٠٠ دولاراً لجلسة واحدة مدتها حوالي ٤٥ دقيقة تقريباً. و... حقيقة أن العميل قد ينظر إلى المعالج كمهني مدرب وموضع ثقة بشكل مرتفع ... دون أن يعرف مدى إحتمال سوء التشخيص الذي قد يحدث.

معيار ٤٠ر١جـ يُقرأ:

في تلك المجالات التي تنبثق والتي فيها معايير متبينة بصفة عامة من أجل التدريب التمهيدي لم توجد حتى الآن، ومع ذلك، يأخذ الأخصائيون النفسيون خطوات مسئولة لحماية المرضى العملاء، والطلاب، والمشاركون في البحث، وآخرين من الأذى.

فبدون علاقة متنبأ بها، وبدون تقييم، وبدون تشخيص وتدخل، يبدو ممكناً أن عملاء البريد الإلكتروني غير محميين بشكل جيد. وهذا في حد ذاته لايعوق إستخدام العلاج عن طريق البريد الإلكتروني. وفضلاً عن ذلك، يجوز عمل موافقة معلومة، كما مع أي علاج تجريبي آخر. والعملاء الذين يستخدمون العلاج بالبريد الإلكتروني لايجب فقط أن يخبروا، مثلاً في شبكة المساعدة، أن الإتصال العلاجي الذي يسهله البريد الإلكتروني ليس علاجاً، ولكنه كذلك غير مختبر وفاعليته قد لاترتبط بنجاح العلاجات التقليدية. ويحتاج العملاء إلى معرفة أن المعلومات المعطاه لهم قد تكون لا جدوى منها تماماً وغير قابلة للتطبيق في موقفهم الكلي. وبدون مثل هذه التفاصيل، فإن التلف المحتمل للعملاء يكون مرتفعاً.

وكود الأخلاقيات لايحمي فقط العملاء، بل تم تأسيسه لحماية المهنة أيضاً. ويقدم كود الأخلاقيات قواعد سلوك خاصة بالحد الأدنى تفرض على الأخصائيين النفسيين أن يقودوا أنفسهم بطريقة لن تنعكس بطريقة سيئة على المهنة. ويمثل العلاج بالبريد الإلكتروني تهديداً أصيلاً للمهنة. فخدمة مثل «شبكة المساعدة» أو غيرها إذا لم تتغير بشكل دال، فيمكن أن تؤدي بالأخصائيين النفسيين إلى أن يهبطوا إلى مستوى محرري عواميد في صحف للنصيحة الشعبية. ومن ناحية أخرى، في سيناريو أفضل حالة، يمكن لإكلينيكي البريد الإلكتروني أن يخدموا كنماذج وإعلانات بالنسبة لكل الأخصائيين النفسيين. والعملاء الذين يتفاعلون معهم يمكن أن يعرفوا أن الأخصائيين النفسيين لايقدمون خدمة بدون تقييمات مفصلة.

معيار أخلاقي جديد مقترح:

في يوليو ١٩٩٥، قدم مجلس أخلاقيات رابطة علم النفس الأمريكية تقريراً عاماً وصف كود الأخلاقيات القابل للتطبيق على المعـ... الذين يستخدمون التليفون، أو عقد ندوة بالتليفون، أو خدمات الا... في رأينا، فعلى الرغم من ان هذه الوثيقة تقدم خطوطا إرشادية قيمة، و... يشوبها قصور في التحديد. فيقدم الإنترنت عدداً من مشروطيات مختلفة خاصة بالاتصال. وسوف تتطلب كل واحدة فحصاً طبقاً لما تستحقه والتهديدات المحتملة للسلوك الأخلاقي.

ولحماية العملاء والمهنة، نقدم مايلي للتطبيق تحديداً على العلاج بالبريد الإلكتروني.

> الأخصائيون النفسيون الذين يقدمون إتصالاً علاجياً يسهله البـ... الإلكتروني يشجعون العملاء على أن يسألوا أسئلة عامة لاتشير ... فرد معين. والأخصائيون النفسيون الذين يعلنون عن مثل ... الخدمات يشملون في إعلاناتهم كل المعلومات الضرورية للعملاء لـ... مايلي:
>
> أ- أن نموذج التجربة وفائدتها قد لا تتعلق بنجاح العلاج التقليدية.
>
> ب- أن الإتصال غير سرى.
>
> جـ- أنه لاتوجد علاقة مهنية بين المعالج والعميل.
>
> د- أن الإتصالات المتكررة مع نفس المهني لايُشجع عليها.
>
> هـ- أن سجلات التفاعل قد تُخزن بدون تقرير عن مثل هذا التخـ... المتاح للعميل.
>
> والأخصائيون النفسيون الذين يستخدمون البريد الإلكتروني للإتـ... مع عملاء جدد يشجعون العملاء على البحث عن علاج تقليدي أ...

من الإنترنت، والأخصائيون النفسيون لاينقلون معلومات سرية، تشمل معلومات عن الأتعاب مثل بيانات بطاقات الإئتمان، عن طريق البريد الإلكتروني بدون إستخدام برامج أخذت المعيار في الإعتبار.

وبالرغم من أن هذا المعيار كُتب لتطبيقه على العلاج بالبريد الإلكتروني بصفة خاصة، فإنه يحتوي على مبادىء يمكن ان تطبق في تنمية معايير أخلاقية لنماذج مستقبلية. وهذه المبادىء هي كالآتي: يبذل الأخصائيون النفسيون كل مجهوداتهم من أجل :

أ- تقديم كل المعلومات الضرورية لتحقيق موافقة معلومة مع العميل، بصفة خاصة عند إستخدام أبنية جديدة لتقديم خدمات.

ب- الحماية من الاعتماد المؤذي على نصيحة معطاة عن طريق أي نموذج.

جـ- ضمان المستوى الأكبر من الخصوصية والسرية العملية.

خامساً: العلاج النفسي عن طريق التليفون فوائد ومخاطر للعملاء والأخصائيين النفسيين

تبدو المعايير المهنية الموجودة أنها تحتضن بشكل كاف هذا التغير إثر العلاج النفسي المعروف وجهاً لوجه. ، وبالإضافة إلى ذلك، فإن لجنة الأخلاقيات في رابطة علم النفس الأمريكية (APA) قد نشرت حديثاً تقريراً يتناول بصفة خاصة العلاج النفسي بالتليفون (APA, 1995:15).

وفي كل النواحي تقريبا، يستثير العلاج عن طريق التليفون فقط نفس القضايا التي تنشأ في تقديم خدمات نفسية سليمة أخلاقياً خاصة بأنواع مختلفة مثل: الالتزام بتسليم خدمة متقنة، والإلتزام بتجنب الأذى للعملاء، والإلتزام بعمل ترتيبات مالية واضحة، والالتزام بتجنب الغش في التقارير

العامة، والإلتزام بالحصول على موافقة معلومة من العملاء [illegible] خدمات، والإلتزام بحماية السرية (ماعدا تحت ظروف مخففة مدينة [illegible] جيدا). ولايبدو أن شيئاً من هذه الإلتزامات يتغير باستخدام التليفون [illegible] الاتصال بالعملاء.

وفي نواح معينة، يمكن ان يرى العلاج بالتليفون [illegible] ممارسة يظهر للعيان ويتم تناوله بالكود الأخلاقي للأخصائيين النفسـ[illegible] (APA 1992:133) في المعيار ٤٠٫رأس (حدود الإتقان): ففي تلك [illegible] المنبثقة لاتوجد حتى الآن المعايير المتبينة بصفة عامة للتدريب [illegible] ويأخذ الأخصائيون النفسيون خطوات معقولة لضمان الكفاية في [illegible] لحماية المرضى والعملاء الآخرين من الأذى.

وفي السياق الحالي، يعني هذا أن الأخصائيين النفسيين [illegible] اجون لتوضيح ماهي أنماط المعلومات غير اللفظية التي تكون حاسمة [illegible] مثل هذه المجالات من منظومة الخدمة الخاصة بالتليفون فقط. وكذلك [illegible] هذا المعيار قد يتضمن:

أ- أن الأخصائيين النفسيين يجب أن يأخذوا خطوات لتبين [illegible] للإلتهاء عند تقديم العلاج عبر التليفون.

ب- أن تقنيات للتركيز يتم إبتكارها وتستخدم باستمرار [illegible] أن مناقشات العلاج التليفوني تكون مثمرة.

وفي نطاق الإطار الأكثر عمومية للإلتزامات والمسئوليات [illegible] يجب على الأخصائيين النفسيين أن يأخذوا عناية خاصة لإعلام العملاء [illegible] بالقصور الحقيقي للعلاج عن طريق التليفون كما لوحظ سابقاً، [illegible] بديلة للحصول على الخدمة، إذا وجدت هذه [illegible]

كما يجب أن يأخذ الأخصائيون النفسيون في الاعتبار مجموعة من الأسئلة التي يجب التحقق منها، مثل:

١- هل هذا الاختيار للعلاج يفيد العميل، أو يجب أن يوصى بعلاج وجهاً لوجه، إذا ما إفترض أنه يمكن تقديمه؟

٢- هل من الممكن إجراء تقييم ذات [illegible] النفسي على وعي بحدود التشخيص والحكم أو التنبؤ الذي يُجرى عن طريق تقويم التليفون؟

٣- هل كل من المعالج والزائر (وبيئتهما النسبية) خالية من الإلتهاءات والتشوشات مع الاتصال والانتباه؟ وهل أجرى الأخصائي النفسي خطوات لضمان الخصوصية والسرية عند التقويم أو العلاج؟

٤- هل يملك الأخصائي النفسي التدريب الضروري والملائم، والخبرة، أو المزاج لتقديم خدمات عن طريق التليفون؟

٥- هل يملك الأخصائي النفسي خطة لحفظ سجلات العميل؟ وماهي الخطة بالنسبة لحفظ سجلات العميل إذا ترك الأخصائي النفسي الخدمة التليفونية؟ وهل يملك الأخصائي النفسي أو رتبت الشركة طريقة للعميل للحصول على نسخة من السجلات؟

٦- هل يعرف الأخصائي النفسي كيف توصف خدمة الإرشاد عن طريق التليفون للمستخدم الممكن؟

٧- ماهي مسئوليات المؤسسة والأخصائي النفسي بالنسبة لتقديم الرعاية عند مغادرة الأخصائي النفسي؟

٨- هل يفهم الأخصائي النفسي الترتيبات المالية للخدمة التليفونية، وهل إتُخذت خطوات معقولة لضمان أن تكون هذه عادلة ومفسرة بوضوح للعميل الممكن؟

ويمكن للجنة الأخلاقيات أن تدعم وتتناول فقط صلة «المباد . الأخلاقية للأخصائيين النفسيين وكود السلوك»، ولا تستطيع أن تقول إذا . . كانت توجد خطوط إرشادية أخرى لرابطة علم النفس الأمريكية (APA) الـ . قد تقدم إرشاداً. وليس كود الأخلاقيات محدداً بالنسبة للعلاج عن طر . . . يفون أو ... مؤتمر عن طريق التليفون أو أي خدمات مقدمة إلكترونيا . . . ذاتها، وليس له قواعد تحرم مثل هذه الخدمات. أما الشكاوى الخاصة بتلـ . الأمور فيمكن تناولها على أساس حالة بحالة.

وتعتبر طبيعة الإتصال متغير هام، وإستخدام التليفون لأ . . ض مثل المعلومات التعليمية، وخطوط الانتحار الساخنة، أو الاتصا . مختصر بخصوص الأزمات والإحالة، فهو مؤسس جيداً على نحو هام. أ . . ستخدام التليفون لشرط العلاج المستمر المنتظم أو للتشخيص، فهو غير . . . س، ولا مثل هذه الخدمات كعقد مؤتمر عن طريق التليفون أو الانترنت أو . مماثلة. ويشير معيار ٤٫٠١س (حدود الكفاية) إلى أنه في تلك المجالات الـ . . ة التي لم توجد فيها بعد معايير متبينة بصفة عامة للتدريب التمهيـ . ، يأخذ الأخصائيون النفسيون خطوات معقولة لضمان الكفاية الخاصة بعملهـ . لحماية المرضى والعملاء والطلاب أو غيرهم من الأذى.

وبصفة عامة، فإن سرية المحادثات عبر التليفون نادراً مايُشا . . بها. وعلى الرغم من أنها قد تُفشى، فإن مثل هذا الحدوث نادراً وغير قانونـ

مراجع الفصل الرابع:

1- Amenin, J., Wettstein, R., & Roth, L. (1981). Suicide, ethics and the law. In S. Blumenthal & D. Kupfer (Eds.). Suicide over the life cycle: Risk factor, assessment, and treatment of suicidal patients (PP.637-664). Washington, DC: American Psychiatric Press.

2- American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT). (1979). Code of professional ethics and standards for public information and advertising. Uplan, Calif: Author.

3- American Psychological Association (1981). Ethical principles of psychologists. American Psychologist, 36, 633-638.

4- American psychological Association (1992). Ethical principles of psychologist and code of conduct. American Psychologist, 47, 1597-1611.

5- American Psychological Association Ethics Committee. (April 1993). Telephone, teleconferencing, and internet services. Washington, DC: Author.

6- American Psychological Association (1995). APA ethics committee's statment on psychotherapy by telphone. Washington, DC: Author.

ويمكن للجنة الأخلاقيات أن تدعم وتتناول فقط صلة «المبادئ الأخلاقية للأخصائيين النفسيين وكود السلوك»، ولا تستطيع أن تقول إذا ما كانت توجد خطوط إرشادية أخرى لرابطة علم النفس الأمريكية (APA) التى قد تقدم إرشادا. وليس لدى الأخلاقيات [illegible] او عقد مؤتمر عن طريق التليفون أو أى خدمات مقدمة إلكترونياً فى حد ذاتها، وليس له قواعد تحرم مثل هذه الخدمات. أما الشكاوى الخاصة بهذه الأمور فيمكن تناولها على أساس حالة بحالة.

وتعتبر طبيعة الإتصال متغير هام، وإستخدام التليفون لأغراض مثل المعلومات التعليمية، وخطوط الانتحار الساخنة، أو الاتصال المختصر بخصوص الأزمات والإحالة، فهو مؤسس جيداً على نحو هام. أما استخدام التليفون لشرط العلاج المستمر المنتظم أو للتشخيص، فهو غير مؤسس، ولا مثل هذه الخدمات كعقد مؤتمر عن طريق التليفون أو الانترنت أو طرق مماثلة. ويشير معيار ٤٠٠ر١س (حدود الكفاية) إلى أنه فى تلك المجالات الناشئة التى لم توجد فيها بعد معايير متبينة بصفة عامة للتدريب التمهيدى، يأخذ الأخصائيون النفسيون خطوات معقولة لضمان الكفاية الخاصة بعملهم لحماية المرضى والعملاء والطلاب أو غيرهم من الأذى.

وبصفة عامة، فإن سرية المحادثات عبر التليفون نادراً مايُشك فيها، وعلى الرغم من أنها قد تُفشى، فإن مثل هذا الحدوث نادراً وغير قانونى

مراجع الفصل الرابع:

1- Amchin, J., Wettstein, R., & Roth, L. (1981). Suicide, ethics and the law. In S. Blumenthal & D. Kupfer [illegible] Risk factor, assessment, and treatment of suicidal patients (PP.637-664). Washington, DC: American Psychiatric Press.

2- American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT). (1979). Code of professional ethics and standards for public information and advertising. Uplan, Calif: Author.

3- American Psychological Association (1981). Ethical principles of psychologists. American Psychologist, 36, 633-638.

4- American psychological Association (1992). Ethical principles of psychologist and code of conduct.American Psychologist, 47, 1597-1611.

5- American Psychological Association Ethics Committee. (April 1993). Telephone, teleconferencing, and internet services. Washington, DC: Author.

6- American Psychological Association (1995). APA ethics committee's statment on psychotherapy by telphone. Washington, DC: Author.

14- Gurman, A., & Klein, M. (1981). Women and behavioral marriage and family therapy: An unconscious male bias? In E. Blechman (Ed.), Contemporary issues in behavior modification with women. New York: Guilford.

15- Gurman, A., Kniskern, D. (1978). Research on marital and family therapy: Progress, perspective, and prospect. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), Handbook of Psychotherapy and behavior change: An empirical analysis (2nd ed.). New York: Wiely.

16- Hare-Mustin, R. (1978). Afeminist approach to family therapy. Family Process, 17,181-194.

17- Hare-Mustin, R., Maracek, J., Kaplan, A., & Liss- Levinson, N. (1979). Rights of clients, responsibilities of therapists. American Psychologist, 34, 3-16.

18- Hargove, D. (1982). Mental health needs of rural American. In H. Dengerink & H. Cross (Eds.), Training professionals for rural mental health (PP. 14-26). Lincoln: University of Nebraska Press.

19- Harrar, W., Vande Creek, L., & Knapp, S. (1990). Ethical and legal aspects of clinical supervision. Professional Psychology, 21(1), 37- 41.

7- Bersoff, D., & Jain, M. (1980). A practical guide to privieeged communication for psychologists. In G. Cooke (Ed.), The role of the forensic psychologist. Springfield, III.: Charles C. Thomas.

8- Bongar, B. (1991). The suicidal patient. Clinical and legal standars of care. Washington, DC: American Psychological Association.

9- Boszormenyi-Nagy, I., & Ulrich, D. (1981). Contextual family therapy. In A. Gurman & D.K niskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York : Brunner/Mazel.

10- Deutsch, C. (1984). Self-report sources of stress among psychotherapists. Professional Psychology: Research and Pradice, 15, 833- 845.

11- Everstine, L. (1980). Privacy and confidentiality in psychotherapy. American Psychologist, 35, 828-840.

(12- Glossbrenner, A. (1990). The complete handbook of personal computer communications. The bible of online world. New York: St. Martins Press.

13 Gutheil, T. (1984).Malpractice liability in suicid. Legal Aspects of Psychiatric Practice, 1, 1-4.

20- Hollister, W. (1982). Principles guiding the development of an innovative low- cost, rural mental health program. In P. Keller & J. Murray (Eds.), Handbook of rural community mental health (pp. 80- 99). New York: Human Sciences.

21- Jacobson, N., & Margolin, G. (1979). Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles. New York: Brunner/Mazel.

22- Keith-Spiegel, P., & Koocher, G. (1985). Ethics in psychology. New York: Random House.

23- Kleespies, P., Smith, M., & Becker, B. (1990). Psychology interns as patient suicide survivors: Incidence, impact, and recovery. Professional Psychology: Research and Practice, 21 (4), 257- 263.

24- Koocher, G. (1976). Civil liberties and aversive coditioning for children. American Psycholoist, 31, 94- 95.

25- Levy, C., & Brackbill, Y. (March 1979). Informed consent: Getting the message across to kids. APA Monitor, 3, 18.

26- LoCicero, A. (1976). The right to know: Telling children the results of clinical evaluations. In R. Koocher (Ed.), Children's rights and the mental health profession. New York: Wiley.

27- Margolin, G. (1979). Conjoint marital therapy to enhance anger management and reduce spouse abuse. American Journal of Family Therapy, 7, 13- 23.

28- Morrison, K., Morrison, J., & Holdridge-Crane, S. (1979). The child's right to give informed consent to psychiatric treatment. Journal of Clinical Child Psychology, 8, 43- 47.

29- Resnick, R. (1995, March 27). Shrink- Link & beyond. The Miami Herald Online Column.

30- Shneidman, E. (1981).Psychotherapy with suicidal patients. Suicide and Life Threatening Behavior, 11 (4), 341- 348.

31- Simon, R. (1988). Concise guide to clinical psychiatry and the law. Washington, DC: American Psychiatric Press.

32- Stanton, M. (1981). Strategic approaches to family therapy. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel.

33- Stromberg, C., Haggarty, D., Leibenluft, & Trilling, H. (1988). The psychologist's legal handbook.

Washington, DC: The Council for the National Register of Health Service Providers in Psychology.

34- Vande[illegible]eek, L., & Knapp, S. (1989). Tarasoff and beyond: Legal and clinical considerations in the treatment of life-endangering patients. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.

35- Wei[illegible] R., & Birchler, G. (1978). Adults with marital dysfunction. In M. Hersen & A. Bellack (Eds.), Behavior therapy in the psychiatric setting. Baltimore: Williams & Wilkins.

36- Yoe[illegible] W., Stewart, D., Wolpe, J., Goldstein, A., & Speierer, G. (1971). Marriag, morals and therapeutic goals: A discussion: Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2, 127- 132.

الباب الثالث

تطبيقات العلاج النفسى

الفصل الخامس

العلاج النفسى والمجتمعى للفصام

مقدمة :

قبل إكتشاف العقاقير المضادة للذهان، لم يكن العلاج النفسى فى الحقيقة إختياراً حيوياً كعلاج للفصام. وكان معظم المرضى الفصاميين يُستبعدون ببساطة من الواقع للاستفادة من العلاج. وكان التعقيد الإضافى هو أن العلاج الناجح يقوم على علاقة ثقة مع معالج، ويتفاعل كثير من الناس المصابين بالفصام مع المعالجين ومع كل شخص آخر بشك وتجنب. وفى هذه الظروف كان من الجدير بالاعتبار حقاً أن مجموعة محدودة من المعالجين، المتمتعين بصبر ومهارة غير عادية، قد تخصصوا فى علاج هذا الاضطراب وقرروا بعض النجاح (Will, 1967, 1961; Sulivan, 1954, 1962) .

لقد إعتقد هؤلاء المعالجون أن المهمة الأولية للعلاج كانت كسب ثقة المرضى الفصاميين وبناء علاقة وطيدة معهم. على سبيل المثال، أخبرت فريدا فروم- ريتشمان (F. Froom- Reichman, 1950) بداية مرضاها أنهم يمكن أن يستمروا فى إبعادها من حياتهم الخاصة ويتمسكوا باضطرابهم لأطول مدة زمنية يرغبونها. وقررت أنه فى النهاية، بعد إختبار وتنفيس كثيرين، كان المرضى الفصاميون يقبلون، ويثقون، ويزداد ارتباطهم بها، وبدأوا يفحصون قضايا متعلقة معها. وبالمثل قدم أوتو ويل O. Will (١٩٦١، ١٩٦٧) للمرضى قبولاً، وحباً، وفهماً تاماً. وفى بعض الأحيان كان يدخل إلى عالمهم المشوه ويستخدم لغتهم ورموزهم ومنطقهم.

العلاج الاجتماعى

Social Therapy

الآن، يجعل الإكلينيكيون النصيحة العملية والتوافق [illegible] محوراً [illegible] وعلى الرغم من أنهم لازالوا مهتمين بإزالة الأعراض، فإن كثيراً من [illegible]لاج المباشر يتجه لمجموعة قضايا مثل حل المشاكل، وإتخاذ القرار، وتنمية المهارات الاجتماعية (Liberman & Corrigan, 1993) . كما قد يساعد المعالجون عملاءهم على إيجاد عمل، ومساعدة مالية، وإسكان ملائم. وقد سُمى هذا النوع من التدخل «بالعلاج الاجتماعى» (Hogarty et al., 1974, 1986)، والآن يُقدم فى أشكال العلاج الجماعى وفى العلاج الفردى (Wilson et al., 1990) .

كما يعمل المعالجون الاجتماعيون بجدية لتعليم الفصاميين ال[illegible]ج الذاتى Self-medication وإدارة الأعراض Symptoms management، [illegible] يزودون المرضى بمعلومات عن كيفية نجاح علاجهم، وكيف يأخذونه، وما التأ[illegible]ت التى يتوقعونها، ويعلموهم أن يحددوا علامات إنذار للإنتكاسة (Liberman & Corrigan, 1993) . ولاتخفض إدارة الذات إحتمال إنتكاسة [illegible]فى بل يزودونهم كذلك بفهم أفضل لاضطرابهم، ويدعمون ثقتهم فى [illegible]ـهم ويخففون مشاعر العجز لديهم (Boker, 1992).

ويدعم البحث الاعتقاد بأن العلاج الاجتماعى يساعد على إبـ[illegible]رضى خارج المستشفى. فقد قارن هوجارتى وزملاؤه (Hogarty et al., 1986 1974) تقدم أربع مجموعات من المرضى الفصاميين بعد خروجهم من المستشـ[illegible]ـفى تلقت المجموعة الأولى كلاً من مضادات الذهان والعلاج الاجتماعى فى المج[illegible] حين تلقت المجموعة الثانية مضادات الذهان فقط، وتلقت المجموعة الثالثة العلاج الاجتماعى فقط، أما المجموعة الرابعة فلم تتلق أى نوع من العلاج. وكانت النتائج الأولى للباحثين هى أن المرضى المزمنين احتاجوا مداواة فى المجتمع لتجنب إعادة الدخول فى المستشفى. وعلى مدى فترة سنتين، إحتاج ٨٠٪ من أولئك الذين لم يأخذوا المداواه إلى ان يدخلوا المستشفى مرة ثانية، مقارنة بـ ٤٨٪ من الذين تلقوا المداواة. وتوصلت الدراسة أيضاً إلى أن المرضى الذين تلقوا مضادات الذهان والعلاج الاجتماعى تجنبوا إعادة الدخول إلى المستشفى بأعظم قدر من النجاح. ومن الواضح، أن العلاج الاجتماعى لعب دوراً هاماً فى شفائهم.

العلاج الأسرى

Family Therapy

يعيش بين (٢٥- ٤٠٪) من المرضى الفصاميين الذين يشفون فى المجتمع مع والديهم، وأخوتهم وأخواتهم، وأقرانهم، وأطفالهم (Bocker, 1984; Torrey et al., 1988) . ومثل هذه الاتحادات تخلق ضغوطاً لكل من المرضى وأعضاء الأسرة.

والمرضى الفصاميون الذين يُشفون يتأثرون بسلوك وردود أفعال أعضاء الأسرة، حتى إذا لم يكن اختلال الأسرة عاملاً فى ظهور اضطراب المرضى (Kreisman et al., 1988). وقد وجد، على سبيل المثال، أن الأشخاص الفصاميين ذوى الإدراكات الإيجابية لأقاربهم ولاتجاهات القريبين منهم نحوهم يحققون نتائجاً علاجية أفضل (Scott et al., 1993). وبالمثل، فإن المرضى الفصاميين الذين حصل أقاربهم على مستويات عالية من الانفعال المعبر عنه- أى، مستويات مرتفعة من النقد والعدائية- يحصلون فى الغالب على معدل

إنتكاسة أعلى من أولئك الذين يعودون إلى أقارب هادئين وأقل إنفعالاً (Mavreas et al., 1992). وليس واضحاً ما إذا كانت المستويات المرتفعة من الانفعال المعبر عنه فى المنزل يسبق ظهور الفصام أو ينتج عن ضغوط رعاية قريب فصامى (Fox, 1992). وبصفة عامة، يبدو أن النمط الانفعالى يعوق [illegible] طويل المدى.

وأعضاء الأسرة، من جانبهم، غالباً مايتأثروا بشدة بسلوك قريب فصامى يعيش بالمنزل. وفى سلسلة تنويرية من المقابلات مع ثمانين أسرة بريطانية كان بها عضو فصامى يعيش بالمنزل، وجد الفاحصون أن معظم أعضاء الأسرة مضطربين بشدة بالانسحاب الاجتماعى لقريبهم الفصامى (Creer & Wing, 1974). والبعض كانوا مضطربين كذلك بسبب السلوكيات المرفوضة اجتماعياً، مثل الذهاب والإياب، وإتخاذ وضع شاذ، والحديث إلى النفس. ويحكى أحد الأفراد، «فى المساء تذهب إلى حجرة الجلوس وتكون فى ظلام ثم تضىء النور، وهناك لا تفعل سوى الجلوس محملقة أمامه».

ولتناول مثل هذه القضايا الأسرية وتعزيز فرصة الشفاء، يصمم الإكلينيكيون الآن العلاج الأسرى فى معالجة الفصام (Dom[illegible] & Griffen-Francell, ; 1993, Goldstein, 1991, 1987, 1981) ويقدم العلاج الأسرى لأعضاء الأسرة التوجيه، والتدريب، والنصيحة العملية، والتعليم عن الفصام (تعليم نفسى)، والمساندة الاجتماعية. ويساعد [illegible] أعضاء الأسرة على أن يصبحوا أكثر واقعية فى توقعاتهم، وأكثر إحتمالاً للسلوك المنحرف، وأقل إحساساً بالذنب والارتباك، وأكثر رضاً بمحاولة عمل نماذج جديدة من التفاعل والاتصال. وعلى مدى سير العلاج، يحاول المعالجون كذلك أن يساعدوا الفرد الفصامى على مواجهة ضغوط الحياة الأسرية، ويستخدم[illegible] المصادر الأسرية على نحو أفضل، ويتجنبوا التفاعلات المثيرة للمشاكل. وغالباً ماينجح هذا المجال فى تحسين الاتصال وتخفيض التوترات فى نطاق الأسرة، ويساعد بذلك على خفض معدل الإنتكاسات وبصفة خاصة حينما تُمزج مع العلاج بالعقاقير (Zastowny et al., 1992).

وتنجح هذه المبادىء فى الحالة التالية:

كان مارك Mark يبلغ من العمر ٣٢ سنة، وهو رجل أعزب يعيش مع والديه. وكان له تاريخ طويل وعاصف من الفصام مع وقائع كثيرة من الذهان، يتداخل مع فترات قصيرة عرضية من الأداء الجيد. وكان والد «مارك» مشهوراً ولكنه معذباً من الناحية العصابية حيث لديه وساوس رغم خضوعه للتحليل النفسى لسنوات عديدة. وبدت أم «مارك» حزينة منعزلة ومنغصة. وشعر كلا الوالدين باليأس بالنسبة لفرص «مارك» فى الشفاء وإستاءا من أن الحاجة لرعايته سوف تصيب حياتهما ببلاء. وعملا كما لو كانا معاقبين على نحو مقصود. ويزغ تدريجياً أن الأب، فى الحقيقة، كان لديه شعور بالذنب والشك فى الذات، لقد شك أن زوجته كانت باردة ورافضة «لمارك» كطفل وأنه قد فشل فى التدخل، بسبب عدم رضاه عن مواجهة زوجته ومطالب مدرسة الخريجين التى أبعدته عن الحياة المنزلية. وإعتقد الوالد أن مرض «مارك» كان عقاباً على هذا. وفى كل مرة بدأ «مارك» فى إظهار تحسن- فى تخفيض الأعراض وفى زيادة الأداء- إستجاب والده كما لو كان تعذيب لدرجة أنه شعر باليأس العميق حينما فسدت حالة «مارك». وكان هذا النموذج بارزاً بصفة خاصة حينما حصل «مارك» على وظيفة. ونتيجة لذلك، فى مثل هذه الأوقات أصبح الوالدان فى الواقع أكثر نقداً وعدائية تجاه «مارك». وكان يصبح بشكل متزايد إندفاعياً وغير آمن، وفى النهاية مطوراً هذاءات بارانوية، ويتم عادة إدخاله إلى المستشفى فى حالة ذعر وإثارة.

وأصبح كل هذا واضحاً خلال جلسات التعليم النفسى. وعندما تبين النمط للأسرة، كانوا قادرين على تبين وكشف الذات الخاصة بهم ... عوا إلى التعامل معها. ونتيجة لذلك، قرر، المعالج أن يرى الأسرة معاً ... تم إرتياد أمثلة ملموسة من النمط وعواقبه، وإبتكرت استجابات ... بواسطة الوالدين. وشجع المعالج كلا من الوالدين و«مارك» على مناقشة قلقهم وشكوكهم بخصوص تقدم «مارك» أكثر من إثارة توقعات الفشل فى ... منهما الآخر. وعقد المعالج جلسات فردية منتظمة مع «مارك» وكذلك جلسات الأسرة. ونتيجة لذلك، إعتنق «مارك» بنجاح عملاً لمدة ١٢ شهراً غير مسبوقين (Heinrichs & Carpenter, 1983: 284- 285) .

كما تحتاج الأسر ذات الأشخاص المصابين بالفصام خارج ... مساندة الاجتماعية مساعدة من أقاربهم (Perlick et al., 1992)، وعدد من جماعات المساندة الأسرية وبرامج الأسرة التعليمية النفسية التى أنشأت (Birchwood et al., 1992). ويأتى أعضاء الأسرة معاً ومعهم آخرون فى نفس الموقف، للمشاركة فى أفكارهم وانفعالاتهم، ويتلقون المساندة، ويتعلمون عن الفصام. وبالرغم من أنه على البحث العلمى أن يحدد نفع هذه الجماعات، فإن مثل هذه المجالات أصبحت شائعة بشكل متزايد كمهنيين يحاولون أن يتناولوا هذه الحاجة التى طال إغفالها.

مجال المجتمع

The Commuinity Approach

خلال الخمسينات من القرن العشرين أنشأت حكومة الولايات المتحدة وكالة مشتركة خاصة بالمرض العقلى والصحة العقلية، وكان جزء من أهدافها هو دراسة الظروف التى يُرثى لها فى المؤسسات العقلية العامة ... الستينات من القرن ذاته أصدرت الوكالة تقريراً. ولأن مستشفيات الدولة المعزولة قد فشلت بشكل يُرثى له أن توفر الاحتياجات الخاصة بالمرضى المزمنين، فإن الوكالة دعت إلى تطوير خدمات الصحة العقلية المحلية وأوصت بأن رعاية المرضى تحول من مؤسسات الولايات إلى المستشفيات المحلية وعيادات الصحة النفسية، وقد وضع الرئيس «جون، إف، كنيدى» إمكانات مكتبه خلف هذه التوصيات فى عام ١٩٦٣ داعياً إلى «مجال جديد جرئ» للاضطرابات النفسية ومرر الكونجرس مرسوم المجتمع للصحة النفسية.

وطبقاً لهذا المرسوم، كان للمرضى العقليين أن يتلقوا سلسلة من خدمات الصحة النفسية- علاج بالعيادات الخارجية، والعيادات الداخلية، ورعاية الطوارئ، والرعاية الوقائية، ورعاية الناقهين- الحقيقية فى مجتمعاتهم أكثر من البعد عن الوطن. وكان مقصوداً بالمرسوم تناول مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية، ولكن المرضى الفصاميين، بصفة خاصة أولئك الذين يودعون فى المؤسسات لسنوات، كانوا مقصودين ومتأثرين أكثر من غيرهم (Hafner & an der Heiden, 1988) .

وهكذا بدأ إنقاص لثلاث سنوات من الإقامة فى الموسسات، وهجرة مئات الألوف من مرضى الفصام والمرضى العقليين المزمنين الآخرين من مؤسسات الدولة إلى المجتمع. وفى يوم معين فى عام ١٩٥٥ كان مايقرب من ٦٠٠٠٠٠ مريض يعيشون فى مؤسسات الولايات المتحدة، اليوم حوالى ١٠٠٠٠٠ مريض تقريباً يقيمون هناك (Manderscheid & Somnenschein, 1992) . وخلال هذه الفترة من التسريح المؤسساتى، تعلم الإكلينيكيون أن شفاء المرضى الفصاميين يمكن أن يربح كثيراً من البرامج القائمة على المجتمع. ولسوء الحظ،

كما سوف نرى بمزيد من التفصيل فيما بعد، فإن جودة وتمويل رعاية المجتمع من أجل مرضى الفصام قد كانا غير كافيين فى جميع أنحاء الولايات المتحدة، مما يؤدى إلى زملة أعـراض «البـاب الدوار» Revolving door الذى يُسرح [illegible] إلى المؤسسة فى غضون شهور، ويعاد تسريحهم من جديد، ثم يعاد [illegible] دخولهم مرة ثانية.. وهكذا.

الرعاية المجتمعية الفعالة
Effective Community Care

يحتاج المرضى الفصاميون الذين يتم شفائهم والذين يعيشون [illegible] المجتمع إلى مداواة، وعلاج نفسى، ومساعدة فى تناول الضغوط والمسئولي[illegible] اليومية، والتـوجيـه فى إتخاذ القرارات، والتـدريب فى المهـارات الاجتـمـاعـ[illegible] وإشراف خاص فى الإقامة، وإرشاد وتدريب مهنى. وطبقاً للبحث، فإن المر[illegible] الذين توفر مجتمعاتهم بشكل منهجى هذه الاحتياجات يظهرون تقدماً [illegible] كبر من المرضى الذين يعيشون فى مجتمعات أخرى (Hogarty, 1993). [illegible] قارنت إحدى الدراسات التقدم لمدة سنة لثلاثين مريضاً فصامياً تم تزويدهم [illegible] دمات مجتمعية ظاهرة بثلاثين شخصاً مماثلين لم يتم تقديم تلك الخدمات لـ[illegible] وجد الباحثون أن المرضى الذين تم تزويدهم بخدمات مجتمعية ظاهرة [illegible] أقل إعادة لدخول المستشفى ويقررون إحساساً أكبر بالرفاهية العامة عن [illegible] وعة المرضى الذين لم يتم تزويدهم بخدمات مجتمعية ظاهرة (B[illegible] et al., 1985). وبعض العناصر الرئيسية فى برامج الرعاية فى المجتمع هى تناسق [illegible] ات المريض عن طريق مركز مجتمعى للصحة العقلية، ودخول المستشفى قصير المدى، ودخول المستشفى جزئياً، ومساكن غير نائية، وتدريب مهنى.

خدمات متناسقة: إقترحت الوكالة المشتركة للمرض العقلى والصحة العقلية أن حجر الزاوية لرعاية المجتمع يجب أن تكون مركز المجتمع للصحة العقليـة، ومـرفق عـلاج يقـدم المداواة، والعـلاج النفـسى، ورعـاية الطوارىء للمرضى الداخليين من أجل الناس المضطربين بشدة. وبالاضافة لذلك، كان على مركز المجتمع للصحة العقليـة أن ينسق خدمات المرضى المقدمة عن طريق وكالات المجتمع الأخرى. وكان يتوقع من كل مركز أن يخدم «منطقة متجمعة» منطقة جغرافية بسكان يتراوح عددهم من ٥٠٠٠٠ إلى ٢٠٠٠٠٠ شخص.

وحينما تضع مراكز المجتمع للصحة العقلية أولوية عالية لعلاج الفصاميين، وينمون وينسقون سلسلة من خدمات المجتمع لهم، فإن المرضى غالباً مايحققون تقدماً ثابتاً ودالاً (Beiser et al., 1985). ويعـاد تكاملهم بشكل أفضل فى المجتمع ويؤدون بشكل أكثر فعالية من أولئك الذين يتلقون رعاية خارجية (Madianos & Madianou, 1992).

وخدمات التنسيق هامة بصفة خاصة للمرضى الذين لديهم تشخيص ثنائى من الفصام وسوء استخدام المواد، المسمى MICAS، ويقدر أن ٥٠٪ على الأقل من المرضى الفصامين يكونوا مدمنين كذلك للكحول أو عقاقير أخرى (Westermeyer, 1992). وبرامج سوء استخدام المواد التقليدية لا تكون فى العادة مساعدة للأشخاص ذوى الفصام (Drake et al., 1993). وتميل البرامج التى تكامل العلاج لسوء استخدام المواد مع العلاج للفصام أن تكون أكثر نجاحاً (Westermeyer, 1992).

دخول المستشفى قصير المدى: كما أوضحت دراسة روسينهان (Rosenhan, 1973: 63) الخاصة بالمرضى الزائفين أو الكاذبين Pseudopatients ، فإن الحياة غير الموقفية قد تؤدى بالمرضى إلى الشعور بالضعف [illegible] بالحجة القادرة عن طريق تسجيلاتهم [illegible]

وفى نفس الوقت، كما بينت المجموعة الخاصة بتقدم الطب النفسى عام ١٩٧٠، يستطيع المرضى الفصاميون الاستفادة بشدة من التقويم التشخيصى الروتينى، والملاحظة الدقيقة، والاشراف، والمراقبة الدقيقة للمداواة التى تتاح بشكل فريد فى المستشفيات.

ويتمسك الإكلينيكيون بمشكلة تقديم الملامح الإيجابية لدخول المستشفى وتقليل تأثيراتها السلبية إلى أدنى حد. وقد كان الحل المبتكر بواسطة حركة الصحة العقلية بالمجتمع هو تزويد المرضى الذين يبدو أنهم يحتاجون إلى دخول المستشفى ببرنامج قصير المدى من العلاج بالعيادة الداخلية يستمر أسابيعاً قليلة بدلاً من شهور أو سنوات، يُتبع ببرنامج خاص بالرعاية بعد الخروج من المستشفى والعلاج بالخارج فى المجتمع أو رعاية الناقهين (Sedlmer, 1992). وتفضل الدول- الآن- فى جميع أنحاء العالم هذه السياسة الخاصة بالدخول قصير المدى إلى المستشفى (Hafner & an der Heiden, 1988).

وحينما ينمى الناس أعراضاً فصامية، يحاول الإكلينيكيون فى البداية أن يعالجوهم على أساس العيادة الخارجية، وعادة يتم المداواة بمضادات الذهان وربما العلاج النفسى. وإذا أثبتت هذه التدخلات أنها غير كافية، فإن دخول المستشفى قصير المدى قد يتم كمحاولة (Davis et al., 1988). وبمجرد أن يستقر المرضى، يُسرحون إلى المجتمع لعلاج الناقهين، ويؤدى دخول المستشفى قصير المدى من هذا النوع عادة إلى خفض أكبر للأعراض ومعدل إعادة أدنى إلى دخول المستشفى من الرعاية المؤسساتية الممتدة (Caton, 1982) .

الدخول الجزئى إلى المستشفيات: بالنسبة للأفراد الذين تقع احتياجاتهم في مكان ما بين الدخول الكامل إلى المستشفيات وجلسات العلاج بالعيادة الخارجية تقدم بعض المجتمعات دخولاً جزئياً إلى المستشفى في مراكز اليوم أو مستشفيات اليوم (Kennedy, 1992). وقد نشأت هذه البرامج فى موسكو عام ١٩٣٣ ، حينما إستلزم نقص أسرة المستشفيات التسريح السابق الأوان لكثير من المرضى العقليين. وتم تأسيس مستشفيات اليوم لتزويد المرضى برعاية تأخذ نمط المستشفى خلال اليوم، ولكن المرضى عادوا لبيوتهم. وتم قبول المفهوم فيما بعد فى كندا وإنجلترا، ومازال فيما بعد يتم تبنيه فى الولايات المتحدة. وتقدم- الآن- مراكز اليوم نشاطات يومية وبرامج علاج معين للمرضى، وبرامج تأهيل لمساعدتهم على تحسين مهاراتهم الاجتماعية. وتقترح دراسات عديدة أن المرضى الفصاميين الذين يتم شفاؤهم فى مراكز اليوم يؤدون فى الغالب بشكل أفضل من أولئك الذين فى البرامج التى تقدم إقامة ممتدة بالمستشفى أو العلاج التقليدى بالعيادات الخارجية (Herz et al., 1971; Creed et al., 1989) .

المنازل الوسيطة: المنزل الوسيطة هى إقامات للناس الذين لايتطلبون إقامة بالمستشفيات ولكنهم لايستطيعون الحياة لا وحدهم ولا مع أسرهم. هذه الإقامات عبارة عن منازل كبيرة فى مناطق يكون الإسكان فيها غير مرتفع، عادة مأوى لشخص واحد حتى ٢٠ شخصاً. وبالرغم من أن مهنيى الصحة النفسية قد يكونوا متاحين للمقيمين، فإن الهيئة التى تعيش فى الداخل تتكون عادة من مساعدى مهنيين- أشخاص عاديون تلقوا بعض التدريب فى

تقديم مساندة انفعالية وتوجيه عملى بخصوص أمور الحياة اليوميه ويُقيم مجتمعات المرضى المتنوعين فى المنازل الوسيطة والمرضى الفصاميون هم من بين الأكثر شيوعاً.

ويكون جو معظم المنازل الوسيطة مدعماً. ويناقش المقيمون مشاكلهم اليوميه ويحاولون مساعدة بعضهم الاخر على التوافق للحياة فى المجتمع. وتُنشىء المساكن عادة حول فلسفة علاج بيئى: يشجع المقيمين على خلق قواعدهم الخاصة وميكانيزماتهم الحاكمة، ليكونوا مسئولين ومستقلين، وأن يساهموا فى رفاهية المنزل الوسيط بعمل أنظمة، ومساعدة مقيمين آخرين والتصرف بشكل لائق.

وفى الفقرة التالية، تصف إمرأة كيف أن الحياة فى مسكن وسيط قد ساهم فى شفائها من الفصام. لقد دخلت المنزل بناء على أمر محكمة، بعد عشر إقامات فى المستشفى فى إثنى عشر سنة .

لقد غير المنزل الوسيط حياتى. قبل كل شىء، إكتشفت أن بعض أعضاء الهيئة كانوا ذات مرة عملاء فى البرنامج! وقدمت لى هذه الحقيقة المنفردة أملاً. لقد رأيت للمرة الأولى برهاناً على أن البرنامج يمكن أن يساعد شخصاً، إنه كان من الممكن إستعادة التحكم فى حياة الفرد وأن يصبح مستقلاً. وكان المنزل يسير بشكل ديمقراطى، كل المقيمين كان لهم صوت واحد، وأعضاء الهيئة الذين زاد عددهم من ٥ إلى ٢٥ لايمكن أن يتخذوا قرارات أو حتى يخرجوا عملاً من البرنامج بدون موافقة الأغلبية. وكانت توجد قائمة حقوق للمنزل كانت تلاحظ بصرامة مع الجميع. وكنا نساعد أحدنا الآخر ونعطى مساندة. وحينما كان المقيمون فى أزمة، لم يعاملهم أى من أعضاء الهيئة بخشونة أو يزيد مستواتهم كتهدئتهم. ويستطيع المقيمون أن يصيحوا ويهدأوا حتى يمكن أن يوجد حل، أو حتى يقبلوا أنه لا مانع من أن يشعروا بالسوء. حتى الغضب كان شعوراً مقبولاً بحيث لايُخاف، ولكن يمكن التعبير عنه وتحويله إلى طاقة تشييدية. وإذا كرهت أحد نواحى البرنامج أو سلوك أحد أعضاء الهيئة، تستطيع أن تغير الأشياء بدلاً من أن تقبل بشكل سلبى مايحدث. وكانت الاختبارات حقيقية، وكان الفشل والنجاح مقبولين على قدم المساواة. وبالرغم من أننى كنت شكاكة بشكل لايصدق، إستطعت أن أكتشف قليلاً عن ماهو «بارانوى» إستطعت أن أقرأ ملفى فى أى وقت. ونوقشت جميع المشاكل فى مقابلات المنزل، وبذلك لم يبق شىء سراً. وبالتدريج تضاءل شكى وخوفى، وكونت صداقات، وعوملت باحترام وإحترمت الآخرين. وهكذا بدأت بالتدريج أحترم نفسى. وأصبحت حياتى أكثر مرونة وتعلمت عن الضغوط، وكيف أتبين أعراض الضغط فى حياتى، وكيف أضبط أو أواجه مصادر الضغوط. كما أن مقيمين آخرين وأعضاء من الهيئة الذين هلوسوا لسنوات، أصبحوا الآن قادرين على التحكم فى هلوساتهم وشاركوا معى فى بعض التقنيات التى نجحت بالنسبة لهم (Lovejoy, 1982: 605- 609).

ويشير البحث إلى أن المنازل الوسيطة تساعد كثيراً من الناس الذين يتم شفائهم من الفصام على التوافق مع الحياة المجتمعية ويتجنبوا العودة إلى الإقامة بالمستشفيات (Simpson et al., 1989).

التدريب المهنى (الحرفى): يساعد الاستخدام المنتظم الناس على مساندة أنفسهم، وممارسة الاستقلال، وكسب إحترام الذات، وتعلم العمل مع الآخرين. ويساعد أيضاً على جلب رفقة وترتيب لحياة الشخص اليومية. لهذه الأسباب، يعتبر التدريب المهنى والإحلال شكلين هامين للعلاج المجتمعى بالنسبة للأشخاص الفصاميين (Leshner et al., 1992) . ويعمل كثير من

العاملين بالصحة العقلية المجتمعية مع وكالات التأهيل المهنى لوضع العملاء فى برامج تدريبية ملائمة.

وكثير من الناس الذين يتم شفاؤهم من الفصام يبدأون تدريبهم المهنى فى ورشة عمل مستورة– مكان عمل محمى ومُشرَف عليه بالنسبة للمستخدمين غير المستعدين لأعمال تنافسية او معقدة لتأسيس بيئة عمل نمطية– تنتج مثل هذه اللعب، والتجهيزات المنزلية، أو أجهزة بسيطة تُصنع وتباع فيما بعد، ويُدفع للعمال طبقاً لآدائهم، ويتوقع من الجميع أن يكونوا فى العمل بانتظام وفى الوقت المحدد. وبالنسبة للبعض، تصبح ورشة العمل المستورة ورشة عمل دائمة. وبالنسبة للآخرين تكون خطوة هامة تجاه أجر أفضل واستخدام خارجى أكثر تعقيداً أو عودة إلى عملهم السابق أو مايكافئه.

ولسوء الحظ، فإن التأهيل المهنى، فى الولايات المتحدة، غير متاح بشكل دائم للناس ذوى الفصام المزمن أو الاضطرابات العقلية الشديدة الأخرى ووجدت إحدى الدراسات أن ٢٥٪ فقط من مثل هؤلاء الناس يكونوا مستخدمين، وأقل من ١٠٪ خارج ورش العمل المستورة (Mulkern & Manderscheid, 1989) . وتركز إدارة العمل وبرامجها أكثر على جماعات أخرى، مثل جماعات الأقلية، والجماعات الأدنى اقتصادياً واجتماعياً، والفقراء المتعلمين، وتوجد ورش عمل مستورة للمرضى العقليين طويلى المدى فى السويد، وإنجلترا، وروسيا، ولدى دول أخرى أكثر مما فى الولايات المتحدة (Black, 1977) .

نقص الكفايات فى المجتمع العلاجى
Inadequacies in Community Treatment

كان لحركة الصحة العقلية المجتمعية تأثيراً رئيسياً على علاج الاضطرابات العقلية. ففى عام ١٩٥٥، كان ٢٣٪ فقط من جميع المرضى فى العلاج يتلقون رعاية فى العيادات الخارجية بالولايات المتحدة، واليوم يتلقى حوالى ٩٤٪ تقريباً من كل المرضى خدمات بالعيادة الخارجية. وتفسر النقلة إلى الرعاية المجتمعية بالنسبة للناس ذوى الفصام كثيراً من هذا التغير الشامل (Rosenstein et al., 1989) .

وكما لاحظنا، فإن برامج المجتمع الفعالة يمكن أن تساعد بوضوح المرضى ذوى الشفاء من الفصام. وتشير التقارير الخاصة بالمرضى الذين يتم علاجهم فى برامج المجتمع الفعالة ويتلقون علاجاً اجتماعياً إلى أنهم أسعد وأكثر رضاً بحياتهم من المرضى الذين يقيمون فى المؤسسات (Hogarty, 1993). ولسوء الحظ، يتلقى أقل من نصف الأفراد المصابين بالفصام خدمات صحة نفسية مجتمعية ملائمة (Von Korff et al., 1985). حقا، يفشل ٤٠٪ تقريباً من الأفراد المصابين بالفصام فى تلقى أى شكل من العلاج على الإطلاق فى أى سنة معينة (Regier et al., 1993). ويوجد عاملان مسئولان عن ذلك، هما: سوء تناسق الخدمات وتناقص الخدمات.

سوء تناسق الخدمات: غالباً لايوجد إتصال بين الوكالات المعينة فى مجتمع ولا إستراتيجية عامة تُملى الرعاية التى يتلقاها شخص فصامى (Leshner et al., 1992). والنصيحة التى يتلقاها مريض فى مركز اليوم قد تختلف عن تلك التى توزع فى مركز المجتمع للصحة النفسية. وبالمثل، يمكن أن يوجد إنفتاح فى منزل وسيط قريب ولايعرف عنه المعالج فى مركز الصحة

العقلية للمجتمع. وبالإضافة إلى ذلك، فإن وكالات المجتمع لايمكن فى الغالب أن تزود المرضى باتصالات مستمرة بنفس أعضاء الهيئة. وهكذا، فإنه من الصعب للمرضى أن ينموا نوع العلاقات الموثوقة مع الإكلينيكيين والعاملين الآخرين التى تكون ضرورية لتقدمهم (Leshner et al., 1992).

محدودية الخدمة: ينقص عدد برامج المجتمع الموجودة للأشخاص الفصاميين دون شك عن العدد الذى تتم الحاجة إليه. وبالرغم من أنه يوجد الآن مايقرب من ٨٠٠ مركز صحة عقلية بالمجتمع فى الولايات المتحدة، وقدرت الوكالة المشتركة للمرض العقلى والصحة العقلية أن مايقرب من ثلاثة أضعاف يمكن أن يكون ضرورياً لخدمة الأمة بشكل لائق. كما يوجد قصور فى المنازل الوسيطة وورش العمل ذات الإيواء.

والأكثر من ذلك، أن معظم مراكز المجتمع للصحة العقلية التى توجد تتقاعس عن تقديم خدمات كافية ومتآزرة للأفراد الفصاميين الذين يحتاجون للعلاج. وعلى الرغم من أن الأداء الأولى لمراكز المجتمع للصحة العقلية يفترض أنه «يركز على تقديم علاج سيكاترى لحالات المرض العقلى الحاد للمرضى الذين يمكن مساعدتهم إما بالنسبة لصعوبة الدخول إلى مستشفى عقلى أو بالنسبة لمايلى من تسريح»، وقد وفرت معظم المراكز وقتاً قصيراً، وانتباهاً بسيطاً، وأولوية مالية بسيطة لهؤلاء المرضى على مدى العقود الثلاثة الماضية. وعلى نحو متزايد، تم تخصيص الجزء الأكبر من موارد المراكز إلى تقديم علاج نفسى بالعيادات الخارجية، وتعليم، وخدمات وقائية للناس ذوى المشاكل الأقل تعويقاً، مثل اضطرابات القلق والاكتئاب، أو ذوى المشاكل فى التوافق الاجتماعى. وعلى مدى الخمسة عشرة سنة الماضية، كان حوالى ١٪ فقط من المرضى الذين تم علاجهم كانوا فصاميين(Rosenstein et al.,1990).

ويبدو أن عوامل كثيرة تكون مسئولة عن ذلك، منها:

أولاً: ببساطة، يفضل معظم مهنيى الصحة العقلية أن يعملوا مع الناس الذين تكون مشاكلهم أقل شدة من الفصام حيث أن علاج الفصام يحتاج إلى جداول زمنية طويلة من الرعاية، فضلاً عن أن تقدم مرضى الفصام عادة يكون بطيئاً وأكثر إحباطاً من ذلك الخاص بالمرضى الأقل اضطراباً (Lee et al., 1993).

ثانياً: غالباً مايعارض مواطنو المجتمع فى وجود برامج مجتمعية للمرضى الفصاميين الذين يتشافون فى أحيائهم، ويصلون إلى تطويق واحتجاج وحتى تدمير المنازل الوسيطة، ومراكز اليوم ومرافق المجتمع الأخرى. ويُشار إلى هذا باعتباره زملة أعراض (ليس فى فنائى الخلفى) Not in my back yard syndrome. ومقاومة المجتمع هذه، هى إحدى المشاكل الرئيسية التى تواجه المنازل الوسيطة والبرامج المماثلة اليوم (Leshner et al., 1992).

العلاج الذى يتعهد به المجتمع

على الرغم من هذه المشاكل الخطيرة، فإن النجاح الواضح فى إحتمالية الرعاية اللائقة بالمجتمع للأفراد الذين تم شفاؤهم من الفصام تستمر فى مجال إهتمام كل من الإكلينيكيين وموظفى الحكومة، الذين يضغطون من أجل تطوير لاحق لخدمات المجتمع. ومنذ عام ١٩٧٧ نشأ برنامج يُسمى «برنامج مساندة المجتمع» CSP، بواسطة المعهد القومى للصحة العقلية فى الولايات المتحدة، وذلك لتزويد المجتمعات والولايات بتمويلات للمساعدة فى تنمية أنظمة مساندة واسعة المدى ومتآزرة للمرضى العقليين المضطربين بشدة والمزمنين (Torry, 1988).

وبالمثل، فى السنوات الحديثة أنشأت الحكومة الفيدرالية «قوة العمل بشأن المرض العقلى الشديد والتشرد»، التى تتمثل مهمتها فى إيجاد مزيد من الطرق الفعالة للحكومة الفيدرالية والولايات والتنظيمات المحلية العامة والخاصة لمواجهة الإسكان والعلاج واحتياجات التدعيم للأفراد المضطربين [illegible] حصيل أنظر (Leshner et al., 1992) .

ورعاية مجتمع اليوم هى شكل رئيسى للعلاج من أجل شفاء مرضى الفصام فى دول بجميع أنحاء العالم (Liberman, 1994)، وقد عملت بعض الدول التى تلاحظ مشاكل التسريح من المؤسسات فى الولايات المتحدة على تقديم برامجها المجتمعية بطريقة أفضل تنظيماً، وأقل تدميراً، وأكثر نجاحاً. على سبيل المثال، فى السويد، يتم إعداد كاف للمرضى قبل أن يتم تسريحهم من المستشفى (Perris, 1988) .

الملخص:

كان العلاج النفسى ذا مساعدة قليلة فى علاج الفصام قبل إكتشاف العقاقير المضادة للذهان. والآن، مع ذلك، غالباً ما يُستخدم العلاج النفسى بنجاح بالاشتراك مع العقاقير المضادة للذهان، ويقترح البحث أنه يمكن أن يكون نافعاً جداً على إتجاه العلاج. والأشكال الأكثر نفعاً من العلاج النفسى، تشمل العلاج بالاستبصار، والعلاج الاجتماعى، والعلاج الأسرى.

وحديثا تم تطبيق مجال مجتمعى لعلاج الفصام. وتم تحديد سياسة التسريح من المؤسسات الخاصة بخروج جماعى لمئات الآلاف من المرضى الفصاميين والعقليين المزمنين الآخرين من مؤسسات الولاية إلى المجتمع، مؤدياً إلى حاجة مصممة للمساعدة على تكاملهم مرة ثانية فى المجتمع. وبين العناصر الرئيسية لبرامج الرعاية المجتمعية الفعالة تناسق خدمات المرضى بواسطة مركز المجتمع للصحة العقلية، ودخول المستشفيات قصير المدى (الذى يتبع برعاية الناقهين)، ومراكز اليوم، والمنازل الوسيطة، والتدريب المهنى.

وقد كان لحركة الصحة العقلية المجتمعية تأثيراً رئيسياً على علاج الاضطرابات العقلية. ولسوء الحظ، فإن جودة وتمويل الرعاية المجتمعية للأشخاص الفصاميين قد كانا غير كافيين للغاية فى جميع أنحاء الولايات المتحدة، مما أدى إلى زملة أعراض «الباب الدوار» التى كان المرضى فيها يُسرحون إلى المجتمع ويعاد إعتماد دخولهم إلى المؤسسة مرة ثانية فى غضون شهور، ويُسرحون من جديد، ومع ذلك يعاد إعتماد دخولهم من جديد، وهكذا. ويتلقى أقل من نصف المرضى الفصاميين خدمات صحية عقلية مجتمعية فعالة. إن عاملين مسئولان بشكل رئيسى بالنسبة لهذه الحالة، هما: سوء تنسيق الخدمات ونقص الخدمات.

ورغم هذه المشاكل الخطيرة، فإن النجاح واحتمالية الرعاية المجتمعية الملائمة لشفاء الأشخاص الفصاميين تستمر فى مجال إهتمام كل من الإكلينيكيين وموظفى الحكومة. وأحد الابتكارات الرئيسية فى هذا المجال قد كان تكوين جماعات إهتمام قومية تعزز بنجاح العلاج المجتمعى للمرضى الفصاميين والمرضى المزمنين الآخرين. علاوة على ذلك، فإن الرعاية المجتمعية قد أصبحت الشكل الرئيسى للعلاج من أجل شفاء الناس الفصاميين فى جميع أنحاء العالم.

مراجع الفصل الخامس:

1- Beiser, M., Shore, J., Peters, R., & Tatum, E. (1985). Does community care for the mental ill make a difference? A tale of two cities. Amer. J. [illegible]

2- Bellack, A., Morrison, R., & Mueser, K. (1989). Social problem solving in schizophrenia. Schizo. Bull, 15 (1), 101-116.

3- Black, B. (1977). Substitute permanent employment for the deinstitutionalized mentally ill. J. Rehab., 43, 32- 35.

4- Bocker, F. (1984). Soziale Integration and kentakte ZuBezugspersonen des gewohnten sozialen Umfeldes wahrend stationarer Behandlung impsychiatrischen Krankenhous. Ene prospektive katamnestische Untersuchung an erstmals aufgenommenen patienten mit schizophrenen and cyclothymen Psychosen (Social integration and contact with people in the normal social environmental during treatment in a psychiatric hospital: A follow-up of first-admission inpaitent with schizophrenia and affective disorders(. Eur. Arch. Psychiat. Neurol. Sci., 234 (4), 250- 257.

5- Boker, W. (1992). A call for partnership between schizophrenic patients, relatives and professionals. Brit. J. Psychiat., 16(18) 10-12.

6- Caton, C. (1982). Effect of length of inpatient treatment for chronic schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 139 (7), 856- 861.

7- Creed, F., Black, D., & Anthony, P. (1989). Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness: A critical appraisal. Brit. J. Psychiat., 154, 300-310.

8- Creet, C., & Wing, J. (1974). Schizophrenia at home. London: National Schizophrenia Fellowship.

9- Davis, J., Comaty, J., & Janicak, P.(1988). The psychological effects of antipsychotic drugs. In C. Stefanis & A. Rabavilis (Eds.), Schizophrenia: Recent biosocial development. New York: Human Sciences.

10- Domenici, N., & Griffin-Francelle, C. (1993). The role of family education. J. Clin. Psychiat., 54(3), 31- 34.

11- Drake, R., McHugo, G., & Noordsy, D. (1993). Treatment of alcoholism among schizophrenia outpatients: 4-year outcomes. Amer. j. Psychiat., 150(2), 328-329.

12- E. [illegible] Die psychische Behandlung Schizophreniekranker in der klinik (The psychiatric treatment of hospitalized schizophrenics). Schweizer, Archiv for Neurologie, Neurochirurugie und psychiatric, 136(1), 67- 74.

13- Fo[illegible] (1992). Implications for expressed emotion therapy with a family therapeutic context. Health and Social Work, 17(3), 207- 213.

14- [illegible]m-Reichman, F. (1943). Psychotherapy of schizophrenia. Amer. J. Psychiat., 111, 410- 419.

15- [illegible]stein, M. (1981). Family factors associated with schizophrenia and anorexia nervosa. J. Youth Adol., 10 (5), 385- 405.

16- [illegible]stein, M. (1987). Treatment of families of schizophrenic patients: Theory, practice, and research. Inter. J. Fam. Psyciat., 8 (2), 99- 115.

17- Goldstein, M. (1991). Psychosocial (nonpharmacologic) treatments for schizophrenia. In A. Tasman & S. Goldfinger (Eds.), American Psychiatric Press review of psychiatry (Vol. 10). Washington, DC: American Psychiatric Press.

18- Hafner, H., & an der Heiden, W. (1988). The mental health care system in transition: A study in organization, effectiveness, and costs of complementary care for schizophrenic patients. In C. Stefanis & A. Rabavilis (Eds.), Schizophrenia: Recent biosocial development. New York: Human Sciences.

19- Hayward, M., & Taylor, J. (1965). A schizophrenic patient describes the action of intensive psychotherapy. Psychiat. Quart., 30.

20- Heinrichs, D., & Carpenter, W. (1983). The coordination of family therapy with other treatment modalities for schizophrenia. New York: Guilford.

21- Herz, M. et al., (1971). Day vs. inpatient hospitalization: A controlled study. Amer. J. Psychiat., 127 (4), 1371- 1381.

22- Hogarty, G. (1993). Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. J. Clin. Psychiat., 54 (3), 18-23.

23- Hogarty G. et al., (1974). Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. Arch. Gen. Psychiat., 31 (5), 609- 618.

24- Horgarty G. et al. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance: I. One- Year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. Arch. Gen. Psychiat., 43 (7), 633- 642.

25- Karon B. (1985). Omission in review of treatment interactions. Schizo. Bull., 11 (1), 16- 17.

26- Karon, B. (1988). Cited in T. De Angelis, "Resistance to therapy seen in therapists, too". APA Monitor, 19 (11) 21.

27- Kennedy, L. (1992). Partial Hospitalization. In A. Tasman & M. Riba (Eds.), Review of Psychiatry: Vol. 11. Washington, DC.: American Psychiatric Press.

28- Kaufman, D., Blumenthal, R., Borenstein, M., Worner, M. (1988). Family attitudes and patient social adjustment in a longitudinal study of outpatient schizophrenics receiving low-dose neuroleptics: The family's view. Meeting of the Society for Life History Research on Psychopathology (1984, Baltimore, Maryland).

Psychiatry, 51 (1), 5- 15.

29- Lamb, H. (1982). Treating the long-term mentally ill. San Francisco: Jossey-Bass.

30- Lee, P., Lieh-Mark, K., & Spinks, J. (1993). Coping strategies of schizophrenic patients and their relationship to outcome. Brit. J. Psychiat., 163, 177- 182.

31- Leshner, A., et al. (1992). Outcasts on the main street: Report of the Federal Task Force on Homelessness and severe Mental Illness. Washington, DC: Interagency Council on the Homeless.

32- Liberman, R. (1994). Treatment and rehabilitation of the seriously mentally ill in China: Impressions of a society in tranition. Amer. J. Orthopsychiat., 64 (1), 68- 76.

33- Liberman, R., & Corrigan, P. (1993). Designing new psychosocial treatment for schizophrenia. Psychiatry, 56, 238- 253.

34- Lovejoy, M. (1982). Expectation and the recovery process. Schizo. Bull., 8 (4), 605- 609.

35- Madian[illegible] M., & Madianou, D. (1992). The effects of longterm community care on relapse and [illegible] of persons with chronic schizophrenia. International Journal of Mental Health, 21 (1), 37- 49.

36- Mavre[illegible], Tomaras, V., Karydi, V., Econonou, M. (1992). Expressed emotion in families of choronic schizophrenics and its association with clinical measures. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27 (1), 4-9.

37- Mul[illegible] V., & Manderscheid, R. (1989). Characteristics of community support program clients in 1980 and 1984. Hosp. Comm. Psychiat., 40 (2), 165- 172.

38- P[illegible]k, D., Stastny, P., Mattis, S., & Teresi, J. (1992). Contribution of family, cognitive and clinical dimensions to longterm outcome in schizophrenia. Schizophrenia Research, 6(3), 257- 265.

39- Perris, C. (1988). Decentralization, sectorization, and the development of alternatives to institution care in a northern county in Sweden. In C. Stefanis & A. Rabavilis (Eds.), Schizophrenia: Recent [illegible] York. Human Sci.

40- Regier, D., Narrow, W., Rae, D. (1993). The de facto US Mental and Addictive Disorders System: Epidemiological Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders in services. Arch. Gen. Psychiat., 50, 85- 94.

41- Rosenhan, D. (1973). On being sane in insane places. Science, 179 (4070), 250- 258.

42- Rosenstein, M., Milazzo-Sayre, L., & Manderscheid, R. (1989). Care of persons with schizophrenia: A statistical profile. Schizo. Bull., 15 (1), 45- 58.

43- Rosenstein, M., Milazzo-Sayre, L., & Manderscheid, R. (1990). Characteristics of persons using specialty inpatient, outpatient, and partial care programs in 1986. In R. Manderscheid & M. Sonnenschein (Eds.), Mental Health. United States, 1990. DHHS Pub. No. (ADM) 90-1708. Washington DC: GPO.

Schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis., 173, 577-581.

52- Westermeyer, J. (1992). Schizophrenia and substance abuse. In A. Tasman, & M. Riba (Eds.), Review [illegible] Washington, DC.: American Psychiatric Press.

53- Whitehorn, J., & Betz, B. (1975). Effective psychotherapywith the schizophrenic patient. New York: Jason Aronson.

54- Will, O. (1961). Paranoid development and the concept of self: Psychotherapeutic intervention. Psychiatry, 24 (2), 16- 530.

55- Will, O. (1967). Psychological treatment of schizophrenia. In A. Freedman & H. Kaplan (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins.

56- Wilson, W., Diamond, R., & Factor, R. (1990). Group treatment for individuals with schizophrenia. Comm. Ment. Heth. J., 26(4), 361- 372.

57- Zastowny, T., Lehman, A., Cole, R., & Kane, C. (1992). Family mangement of schizophrenia: A comparison of behavioral and supportive family treatment. Psychiat. Quart., 63 (2), 159- 186.

44- Sc[illegible] R., Fagin, L., & Winter, D. (1993). The importance of the role of the patient in the outcome of schizophrenia. Brit. J. Psychiat., 163, 62- 68.

45- S[illegible] L. (1992). Brief Hospitalization. In A. Tasman & M. [illegible] Washington, DC: American psychiatric Press.

46- S[illegible]son, C., Hyde, C., & Faragher, E. (1989). The chronically ill in community facilities: A study of quality of life. Brit. J. Psychiat., 154, 77- 82.

47- S[illegible]an H. (1954). The psychiatric interview. New York: Norton.

48- S[illegible]ivan, H. (1962). Schizophrenia as a human process. New York: Norton.

49- T[illegible]y, E. (1988). Nowhere to go: The tragic odyssey of the homeless mentally ill. New York: Haper & Row.

50- [illegible]rrey, E., Wolfe, S., & Flynn, L. (1988). Care of the seriously mentally ill: A rating of state programs (2nd ed.). Washington, DC.: Public Citizen Health Research Group and National Alliance for the Mentally Ill.

51- [illegible]on Korff, M., Nestadt, G., Romanoski, A. (1985). Prevalence of treated and untreated DSM-111

الفصل السادس

علاج الاعتماد على العقاقير

توجد قضية هامة لابد من طرحها قبل عرض طرق علاج الاعتماد على العقاقير، وتتمثل تلك القضية فى عملية الاحالة وتخطيط العلاج، وهذا ما سوف نتناولها بالمناقشة فى بداية هذا الفصل، ثم نعرض طرق العلاج المتنوعة للاعتماد على العقاقير.

أولا: الاحالة وتخطيط العلاج

Referral and Treatment Planing

بصرف النظر عن مدى الصعوبة التى قد يدرك بها الإكلينيكى تقييم إستخدام المواد، فبمجرد فقط جمع البيانات وبعد أن يحدد وجود اضطراب استخدام المواد، يبدأ التحدى الحقيقى. والسؤال الأول الذى يُستثار بعد أن يكون مرشد الصحة النفسية قد قرر عمل تشخيص استخدام مادة هو ما **إذا كان يحاول علاج عميل له هذا التشخيص؟**. وكما هو مشار إليه فى البداية هو التأكد من أن مقدم رعاية الصحة النفسية لا يسيىء التشخيص أو يفشل فى تحديد العملاء الذين يستخدمون المواد المتعلقة بالمشاكل، فهذا الفصل لايتناول تعقيد علاج استخدام المواد. والسؤال الخاص **بمن هو أفضل مقدم رعاية صحية للعملاء الذين يستخدمون المواد؟** لايمكن الإجابة عليه بشكل يبعث على الرضا التام (Miller & Brown, 1997). ورغم ذلك، فالشىء المؤكد أن المعالج الذى ليس لديه خبرة فى علاج استخدام المواد يخدم على أحسن وجه العميل الذى يستخدم المواد بعمل إحالة إلى مقدم رعاية لديه هذه الخبرة. وتوجد إختبارات معينة كثيرة للعلاج مزودة بشكل أفضل للتعامل

مع الديناميات الخاصة الموروثة للعمل مع العملاء الذين يـ[illegible]ن المواد. ولا تعوق مثل هذه الإحالة الإكلينيكى الذى يقوم بالاحـ[illegible] مع العميل بشكل متلازم، بالتركيز على الإرشاد أو العلاج. إنه يخطر [illegible] مشكلة تشكل قنطرة تحتاج- أيضاً- إلى أن يتناولها على [illegible] فى ميدان علاج استخدام المواد [illegible] حين بعد الاحالة المباشرة لخبير آخر.

وقرارات الاحالة التى يمكن أن تعمل ليست دائماً حا[illegible] أهمية لمقدم رعاية الصحة النفسية هو سؤال ما **إذا كان عملاء** [illegible] المواد **من الأفضل لهم علاجهم على أساس مرضى خارجيين** أو [illegible] **إذا كان العلاج الداخلى للمرضى ضرورياً؟.** وبالتأكيد، إ[illegible] فترة متوقعة للانسحاب بعد استخدام شديد وطويل، فإن إزالة التسمم (سحب المخدر) قد يحتاج إلى أن يحتل مكاناً فى بيئة طبية منضبطة ومُحكَمة. ومع ذلك، فإنه حتى بعد إزالة التسمم، فلأن العميل يستمر فى أن يكون [illegible]تهدفاً للانتكاسة، فإن العلاج الداخلى للمرضى قد يبقى ضرورياً. وقد [illegible] جدال مستمر بأن العملاء الذين يستخدمون المواد بنشاط أو الذين لاز[illegible] تحت التأثير يفضل أن لايتم رؤيتهم فى العلاج الخارجى للمرضى. وسيـ[illegible] تقديم خطوط إرشادية قليلة معينة خاصة بالعلاج الداخلى مقابل العلاج [illegible]رجى للمرضى.

وإذا ما بدا عميل قادراً على الاستفادة من العلاج الخارجى، [illegible] لأن العلاج الداخلى قد إكتمل أو لأن شدة استخدام المواد قد حُكم عليها بعـ[illegible] الخدمات الداخلية للمرضى، فإن خدمات إضافية تحتاج أيضاً أن تناقش [illegible] من الاحالة. وتشمل التوصيات العامة الاحالات إلى الأطباء، الذين [illegible]

يراقبون ويقيّمون الصحة البدنية، لتدعيم المجموعات (على سبيل المثال، مجموعة المدمنين المجهولين AA) لمساعدة العميل على تأسيس شبكة إجتماعية لاتقوم بالاستخدام، وربما لبرنامج نفسى تعليمى لمجموعات يقودها مقدمو خدمة متخصصون فى علاج استخدام المواد. ويشار إلى الأخير بصفة خاصة إذا ماكان [illegible] الاستخدام (Hood & Johnson, 1997). واستخدام المواد، حتى بمجرد توقفها، تتضمن بصفة عامة أنه سيوجد عدد من اهتمامات موجودة متعلقة تحتاج إلى التناول فى خطة العلاج. وتميل هذه إلى أن تشمل مشاكلاً قانونية، ومشاكلاً خاصة بالعلاقات، وتدخلات تعليمية ومهنية، والحاجة إلى تدريب على مهارات اجتماعية ونمو المساندة الاجتماعية، ومشاكل الصحة واللياقة البدنية، والحاجة إلى إستراتيجيات مواجهة بديلة للتعامل مع الضغط، وتطوير مهارات أوقات الفراغ، وعلاج الأعراض النفسية (التى تصل من الأعراض إلى الاضطرابات)، والوقاية من الإنتكاسة (Namyniuk et al., 1997). وبالإضافة إلى ذلك، فإن استخدام المواد لايحدث فى الفراغ، ويوجد احصاء دال فى الكتابات التى لها دائماً مضمونات بالنسبة لأعضاء الأسرة. ومن ثم، فإن تخطيط العلاج مع الاحتياجات الفردية للاعتراف بأن أسرة العميل قد تحتاج مساندة علاجية بشكل أو آخر أيضا (Namyniuk et al., 1997).

معايير الإحالة: Referral Criteria

قدمت الجمعية الأمريكية لطب الادمان (ASAM) مجموعة من الخطوط الإرشادية للتقييم وإتخاذ القرار بخصوص إنتقاء العلاج بالنسبة للعملاء الذين يستخدمون المواد (ASAM, 1996). وتحدد هذه الخطوط الإرشادية أن العميل

يحتاج إلى أن يتم تقويمه على طول ستة أبعاد لتقويم إحتياجات العلاج، هى:

- **تعقيدات التسمم والانسحاب** Intoxication and Withdrawal Complication: المخاطرات المرتبطة [illegible] منهما، وشبكة التدعيم للمساعدة مع إزالة تسمم المرضى [illegible]

الظروف والتعقيدات البيولوجية الطبية Biomedical conditions and complications: حالات طبية [illegible] مزمنة قد تتفاعل عادة مع استخدام العميل للمواد وقد تؤثر فى العلاج.

- **الظروف الانفعالية والسلوكية** Emotional and behavioral conditions: ظروف طبنفسية مزمنة أو متغيرات إنفعالية قد تتفاعل عادة مع استخدام العميل للمواد وقد تؤثر فى العلاج.

- **قبول مقابل مقاومة العلاج** Treatment acceptance versus resistance: مستوى دافعية الذات والإذعان المتوقع، وإدراك الاكراه على العلاج من جانب العميل.

- **إحتمالية الانتكاسة** Relapse potential: الوعى بمتغيرات الانتكاسة، والخاصة بالمخاطرة بالنسبة للاستخدام المستمر بعد العلاج، والوعى باحتياجات العلاج ومصادر المواجهة.

- **ظروف الشفاء:** Recovery circunstances: متغيرات بيئة الشفاء التى تعوق أو تسهل الشفاء والخاصة بالتعقيدات [illegible]بنية والمهنية، أو الخاصة بالعدالة الجنائية أو دوافع الشفاء.

وسوف تساعد الإجابات على هذه الاعتبارات الستة المرشد على [illegible]يام بخطة إحالة تتناسب مع مستوى المخاطرة. وكلما إرتفعت المخاطرة المتضمنة فى الاجابات على الاعتبارات الستة، كلما زاد المحيط الذى سيحال إليه [illegible]مل تعقيداً، وكلما إنخفضت المخاطرة، كلما كان إحتمال أن مجالات العلاج الخارجى غير المقيد أكثر ملائمة. وتمتد مستويات الرعاية التى يمكن أن تؤخذ فى الاعتبار من التدخل المبكر، والعلاج الخارجى للمرضى، والعلاج الخارجى المكثف/العلاج الداخلى الجزئى، والعلاج المقيّم/خدمات العلاج الداخلى، إلى خدمات علاج [illegible]

والتدخل المبكر ملائم للعملاء ذوى المخاطرة المنخفضة الذين لديهم أدنى الأعراض بدون اضطراب حالى قابل للتشخيص. وهو يتضمن تعليماً عن المخاطرة الخاصة باستخدام المواد ويمكن تقديمه فى مجموعة متنوعة من المحيطات، التى تشمل سياق العلاج أو الإرشاد النفسى. وهذا المستوى من التدخل، فى حد ذاته، قد يكون ممكناً عند مستوى مقدم رعاية الصحة النفسية المقيّمة، طالما أن ذلك المهنى يمتلك بعض المعرفة الأساسية الخاصة باستخدام المواد. والعلاج الخارجى للمرضى يُقدم على أحسن وجه بواسطة الإكلينيكيين الذين يتخصصون فى علاج استخدام المواد. ويمكن أن يتكون من جلسات فردية أو علاج جماعى. والعملاء الملائمون بالنسبة لهذا المستوى من التدخل لديهم تشخيص استخدام المواد ولكنهم مصابين بأدنى حد من التسمم ومشاكل إضافية طبية وطبنفسية. ولديهم فاعلية جوهرية للعمل والعلاج. وبصفة عامة، هؤلاء العملاء لديهم بيئة مدعمة سوف تساعد على الشفاء أكثر من إعاقته.

وتتضمن برامج الدخول الجزئى للمستشفى من أجل العلاج أو العلاج الخارجى المكثف للعميل فى برامج نهارية ومسائية مُعدة تتطلب عادة ٩ ساعات على الأقل من المشاركة أسبوعياً. ومثل هذه المحيطات لها إمكانات تحقيق احتياجات العملاء الطبية والنفسية وغالباً ماتقدم مدخلاً للمرافق والهيئة الطبية الخاصة بإزالة التسمم. والعملاء الذين يكونون ملائمين لهذه

الأنماط من البرامج يخبرون بعض أعراض التسمم أو الانسحاب الخفيفة والتى تواجه بسهولة، كما أنها يمكن أن تعالج بدون إشراف ٢٤ ساعة يومياً إذا ما سلمنا بأدنى احتمال على الانتكاس. وتقدم هذه البرامج بيئة داعمة سوف تساعد العملاء فى مطلبهم الخاص بالعلاج، وهؤلاء العملاء مدفوعون للعلاج وراضون بالتعاون مع ويسعون إلى المساعدة التى يحتاج إليها.

ومن الأفضل أن يحال العملاء ذوو الاحتمالية المرتفعة للانتكاسة والتسمم الشديد أو أعراض الانسحاب إلى خدمات خاصة بالاقامة وبالمرضى الداخليين. ويميل هؤلاء العملاء إلى أن تكون لديهم إلتزامات ودافعية مذبذبة للعلاج وقد يحضرون بحالات طبية وطبنفسية علاجهم. وقد تكون لديهم- أيضاً- ظروف متعلقة بالانسحاب تتطلب إشراف طبى عن قرب. وهؤلاء العملاء لازال لديهم قدرة مشكوك فيها للبقاء ممتنعين عن المخدرات، وقد لاتكون بيئتهم المعيشية مدعمة بشكل تام على الرزانة والاعتدال. وتوجد بعض القابلية للتغير فى مستوى الرعاية التى يمكن أن تُقدم فى محيطات المرضى الداخليين. وبعض هذه المحيطات مرافق مرنة بدرجة معتدلة ومفتوحة الأبواب بحيث تسمح للعملاء بالحرية لأن يأتوا ويذهبوا، كما يحتاج إليه بالنسبة للالتزامات الخاصة بالعمل أو الأسرة. أما بعض المحيطات الأخرى فتكون مقيدة بشكل مرتفع، تسمح بالغياب فقط من خلال جوازات مرور معتمدة أو عند وجود إشراف.

وتتضمن برامج المرضى الداخليين ساعات كثيرة من العلاج يومياً، ولها بصفة عامة برامج علاج محددة فردية وجماعية. ويمكن لهذه المرافق أن تدير معظم الموضوعات الطبية والطبنفسية التى تبزغ، وتشمل إتاحية خدمات إزالة التسمم. وقد يحتاج العملاء المصابون باضطرابات طبية شديدة سوية أو متفاعلة مع إستخدامهم للمواد إشرافاً طبياً إضافياً يمكن أن يُقدم فقط فى مرافق مجهزة بصفة خاصة. ومثل هؤلاء العملاء في حاجة للإحالات إلى مرافق علاج مكثف للمرضى الداخليين. ويقدم جدول (١) خطوط إرشادية قليلة مقترحة للمساعدة فى عملية إتخاذ القرار الخاص بالاحالة.

جدول (١) الخطوط الارشادية بالنسبة لقرارات إحالة مريض داخلى مقابل مريض خارجى

متغيرالجمعية الأمريكية لطب الادمان	اختيار علاج خارجى للمريض	اختيار علاج داخلى للمريض
أعراض تسمم أو إنسحاب	- لايوجد تسمم حاد - مخاطرة إلى أدنى حد بالنسبة لأعراض انسحاب شديدة	- مخاطرة انسحاب شديدة - فشل تحقيق علاج سابق بعد ازالة التسمم
حالة تعقيدات طبية	- أية حالات طبية موجودة ثابتة لاتتطلب دخول المستشفى - أية حالات طبية موجودة لاتتأثر على نحو مباشر باستخدام المواد	- مرض طبى ملازم يتطلب إهتماماً طبياً - عواقب طبية لاستخدام المواد قد تكون تهديداً للصحة فى المستقبل - حالة طبية تتزايد باستخدام مستمر للمواد
حالات أو تعقيدات انفعالية أو نفسية	- لاخطورة إيذاء الذات أو الآخرين - قدرات عقلية سليمة على نحو كاف لفهم تدخلات العلاج	- بعض خطورة إيذاء الذات أو الآخرين - أعراض انفعالية أو نفسية أو سلوكية تفسد مهارات المعيشة اليومية وقدرات المواجهة

تابع جدول (١) الخطوط الارشادية بالنسبة لقرارات إحالة مريض داخلى مقابل مريض خارجى

متغيرالجمعية الأمريكية لطب الادمان	اختيار علاج خارجى للمريض	اختيار علاج داخلى للمريض
قبول مقابل مقاومة العلاج	- لايوجد اضطراب طبنفسى مرضى مشترك - مشاكل انفعالية أو نفسية تتداخل مع الامتناع عن المخدرات - الرضا بالتعاون مع قوائم العلاج - مستوى دافعية بالنسبة للعلاج بسبب تبين مشكلة مع استخدام المواد	- اضطراب شخصية مصاحب فى الوجود يؤدى إلى سلوك إختلالى غير متنبىء به - عنف خلال التسمم - رضا متذبذب بالنسبة للتعاون - عجز مع النموذج الحالى الخاص باستخدام المواد
إمكانية الانتكاسة	- القدرة على البقاء ممتنعاً بين موعدين مع تدعيمات منتظمة كافية	- عجز عن استخدام التحكم إذا وجدت المادة - عجز عن كبح الاستخدام بدون إشراف دائم - أعراض أخرى تتطلب هذا المستوى من الرعاية
ظرف الشفاء	- بيئة مدعمة للشفاء - الرضا والقدرة المتوقعة على خلق بيئة مدعمة إذا كانت غائبة فى الوقت الحالى	- بيئة لا تقود إلى الشفاء - بيئة خطرة - مهنة الاستخدام المستمر فيها يمكن أن يفرض تهديداً للذات أو للآخرين

الجمعية الأمريكية لطب الإدمان .

وهذا الجدول غير نهائى، إنه لايقدم سوى إقتراحات يمكن أن تُستخدم بالتوازى مع حُكم إكلينيكى ملائم للوصول إلى أفضل خطة ممكنة للعمل إذا أخذنا فى الاعتبار مايُعرف عن المريض. ولايمكن أن يحتل هذا الجدول مكان تقييم ملائم ومكثف ومعرفة عميقة بكل عوامل المخاطرة. إنه يفاضل فقط بين قرارات العلاج للمرضى الداخليين مقابل المرضى الخارجيين [illegible] فروق أكثر دقة للرعاية من الصعب أن تكمم.

عملية الاحالة: Referral Process

يحتاج مقدمو رعاية الصحة النفسية، بوضوح، إلى أن تكون لديهم بعض الألفة بأنماط مرافق علاج إستخدام المواد المتاحة فى مجتمعاتهم من أجل أن تحتل الإحالة الملائمة مكاناً. على أدنى حد، هى مساعدة الإكلينيكى على استدعاء مهنى متخصص لاستخدام المواد فى المجتمع (عن طريق النظر فى دليل التليفونات) للحديث عن من يقدم خدمات للمرضى الداخليين. إن زيارة لمرفق فى المجتمع يمكن أن تكون نافعة- أيضا- لأن القدرة على وصف المحيط الذى يحال إليه عميل يمكن أن يكون نافعاً إلى أقصى حد لتسكين مخاوف وقلق العميل. وإقامة علاقة مع مركز علاج إستخدام المواد فى المجتمع المحلى يكون مساعداً لأن مثل هذه المرافق غالباً مايكون بها مرشداً لأخذ المعلومات عند الطلب يستطيع أن يساعد فوراً فى قرارات الاحالة والتقييم. ومعرفة هؤلاء المقدمين للرعاية يمكن أن تساعد الإكلينيكى خلال الأوقات التى تكون فيها قرارات العلاج والإحالة صعبة وعاجلة. وقد يكون الإكلينيكى قادراً على

أن يبادر بالاستدعاء للمرفق فى وجود العميل، مخولاً للعميل أن يقوم باتصال تليفونى بمقدم الرعاية التالى.

ويعتبر إستعداد العميل بمثابة عنصر أساسى آخر فى عملية الاحالة. وإذا أخذنا فى الاعتبار حقيقة أن العميل سعى لخدمات من مقدم [illegible] ة خاصة بالصحة النفسية، فمن المحتمل ان بعض مستوى الانكار يكون موجوداً عن الحاجة لخدمات متخصصة بالنسبة لإستخدام المادة. وقد يكون العميل مقاوماً لإحالة تخص خدمات علاج لإستخدام المادة وقد لايريد أن يعترف أو يقبل أن مشكلة إستخدام المادة موجودة. والخطوة الأولى فى عمل الاحالة، هى، لذلك، تقييم مستوى وعى وقبول العميل بوجود مشكلة إستخدام مادة. ويُنجز هذا على أفضل وجه بسؤال العميل عن الصلة بين المشاكل الموجودة ونمط العميل فيما يتعلق باستخدام المادة. وعلى نحو تفاؤلى، عند الاستفسار هكذا فإن العميل يعترف بعلاقة بين الاثنين ويتبين أن المشاكل الموجودة لايمكن أن تكون مستقلة تماماً عن استعمال المادة. ولسوء الحظ، لن يتفاعل كل العملاء بهذه الطريقة المفضلة لاقتراح العميل بأن الموضوعين مرتبطان ببعضهما. وإذا أنكر العميل العلاقة بين مشكلة إستخدام المادة والاهتمامات الحالية، تصبح المهمة العلاجية الأولى للإكلينيكى هى أن يبين الصلات ويساعد العميل على تبينها.

كيف يشرع الإكلينيكى فى عمل الصلة بالنسبة للعميل الذى يكون فى حالة إنكار شديد؟ فتماثل هذه العملية العملية التى يلجأ إليها أعضاء الأسرة عندما يحاولون أن يجعلوا عضواً آخراً يتبين مشكلة إستخدام المادة. وتبدأ العملية باخبار العميل أن إستخدام المادة يخلق سلسلة من المشاكل فى حياته وأن هذه المشاكل، بكل الاحتمالات، لايمكن أن تحل بدون تناول موضوع إستخدام المادة. وكلما إستطاع الإكلينيكى أن يكون أكثر تحديداً فى إنتقاء إهتمامات الحياة التى تتأثر بوضوح باستخدام العميل للمادة، كلما كانت المناقشة أكثر إقناعاً. ولا يحتمل أن يكون تقرير عام عن ما لإستخدام المادة من تأثيرات سلبيه على العلاقات. وسوف ينكر العملاء أن هذا قد حدث فى حياتهم. ومع ذلك، فإن القدرة على الاشارة مرة ثانية إلى إهتمامات أو نماذج محددة فى [illegible] المحددة باستخدام العميل للمادة يمكن أن يكون لها تأثير كبير. وربط إستخدام المادة بمشاكل متنوعة فى حياة العميل هو وسيلة أساسية لمحاولة خلق دافعية داخلية لدى العميل للبحث عن مساعدة لنموذج إستخدام المادة.

وبمجرد عمل الروابط، وبصرف النظر عن مستوى القبول بواسطة العميل، فإن الخطوة التالية لعملية الاحالة، يشرح فيها الإكلينيكى أن خبيراً فى علاج إستخدام المواد يحتاج إلى أن يكون متضمناً من أجل نتيجة أو عاقبة علاجية تدعو إلى التفاؤل. ويتحدد مستوى ونمط التضمين عن طريق المعايير السابقة للعلاج الداخلى مقابل الخارجى للمرضى، وسيقوم الإكلينيكى- أيضاً- بعمل إختيارات شخصية عن ما إذا كان سيجرى إرشاداً أو علاجاً مع العملاء، الذين يستخدمون المواد والذين يعالجون على نحو متلازم لإستخدامهم المواد. ويتطلب العلاج المتلازم تناسق الرعاية والاتصال المنتظم بين جميع المقدمين المنغمسين فى الرعاية (مع إطلاق ملائم للمعلومات بطبيعة الحال). وبمجرد قبول العميل الحاجة إلى إحالة، فإن الإكلينيكى والعميل سوف يعملان معاً لجعل الإحالة تحدث. وسوف تعتمد الصفات المميزة لهذا العمل على مستوى التدخل الذى يحتاج إليه العميل. وعلى نحو أكثر أهمية، فإن الإكلينيكى يعمل مع العميل بشكل تعاونى حتى يتم تأسيس بعض الاتصالات على الأقل التى يُظن أنها حاسمة فى العلاج الملائم للعميل. وبكلمات أخرى، لا يُرسل العميل إلى

المنزل إلا مع بعض الأعضاء، دون أن يُرى مرة ثانية على الاطلاق بواسطة الإكلينيكى الذى أحاله. وبدلاً من ذلك، فإن بعض الوقت سوف يؤخذ فى جلسة لعمل إتصالات مع المهنيين المتعاونين. ويمكن أن تمتد هذه الاتصالات من عمل مكالمات مع مرشد خاص بالعلاج الخارجى إلى مكالمات مع مرفق علاج من [illegible] ن مسئولية، يحتاج الإكلينيكى إلى رعاية متواصلة ويظهر إهتماماً [illegible] أن يبين لهفة على التخلص من العميل.

وحتى بعد أغلب محاولات الرعاية من الإكلينيكى، إذا قرر عميل أن يرفض الاحالة من أجل علاج إستخدام المواد، سواء كان مثل هذا العلاج لاحتلال مكان بشكل تعاونى مع أو بدلاً من علاج الصحة النفسية، فإن مقدم رعاية الصحة يجب أن يقرر مايفعله مع العميل. ويوجد على الأقل إختياران واسعان فى مثل هذه الأمثلة:

أولاً: يمكن أن يختار الإكلينيكى أن يرفض الخدمات للعميل. وفى مثل هذه الحالة، يمكن أن يفسر المرشد للعميل أن العلاج الملائم غير ممكن بدون تدخل أخصائى استخدام المواد، ويعطى العميل حينئذ مصادراً (على سبيل المثال، أسماء مقدمى العلاج الداخلى والخارجى) للاحالة ويشجع بشدة على عمل هذه الاتصالات. وإذا رفض العميل على الاطلاق أن يعترف بأهمية إستخدام المادة، ولكنه يحتاج تحديداً للعلاج [illegible] ن المرشد الذى قرر أن لايرى العميل قد يحتاج إلى أن يحيل العميل [illegible] مقدم رعاية صحة نفسية آخر (أى، ليس مهنى علاج إستخدام [illegible] بذاته) يكون معروفاً للمرشد (ولكن ليس بالضرورة للعميل) ليحـ[illegible] ل على بعض الخبرة فى علاج إستخدام المواد. وقد يقبل العميل بشكل [illegible] د مثل

هذه الإحالة الخاصة بالصحة النفسية، حتى بعد أن يكون قد رفض الإحالة المتعلقة باستخدام المواد.

ثانياً: يمكن أن يقرر مقدم رعاية الصحة النفسية أن يرى العميل حتى بدون مساعدة مهنى أو أخصائى استخدام المواد، إذا ماسلمنا أنه بغير ذلك لن يسعى العميل [illegible] فى هذه الحالة هى أن مقدم رعاية الصحة النفسية غير الخبير بقضايا إستخدام المواد، لازال يمكن أن يساعد العميل فى الشأن المقدم، حتى مع أن قضايا إستخدام المواد لايمكن تناولها بشكل تفاؤلى. وإذا كان هذا هو الاختيار، فإن على الإكلينيكى بعض المسئولية فى أن يشرح للعميل قصور العمل الذى يمكن أن يقوما به معاً. وسيكون من المهم للإكلينيكى أن يترك العميل يعرف أنه لايعتقد أن هذا هو أفضل علاج يُختار وأن قضية إستخدام المواد ستكون بارزة دائماً، حتى فى عمل هذا المقدم مع العميل. والمرشد الذى يختار هذا الطريق من العمل سوف يحتاج حينئذ إلى أن يصبح على علم بخصوص علاج إستخدام المواد، على الأقل بشكل أولى، وسيأخذ فى الإعتبار دائماً كيف أن موضوعات الصحة النفسية التى يعمل فيها قد تتأثر باستخدام المواد والعكس بالعكس. وسوف ينقح الإكلينيكى- أيضاً- على نحو دورى الموضوع مع العميل، محاولاً أن يعمل الاحالات الملائمة بتقدم العلاج الخاص بالصحة النفسية. ويعتبر السعى إلى استشارة مع مهنى ذى خبرة فى مجال علاج استخدام المواد مساو للنجاح وتقديم علاج أخلاقى فى هذه الحالات.

التوثيق وحفظ السجلات: Documentation adn Record Keeping

يمكن إنجاز توثيق نموذج إستخدام العميل للمواد إما كجزء من تقرير المعلومات (إذا كانت البيانات متاحة حينئذ)، كإضافة لتقرير معلومات (إذا ما برزَ حالاً بعد ذلك)، أو كجزء من ملحوظة تقدم. وبصرف النظر عن مكان وضع هذا التوثيق، فإنه يحتاج أن يكون كاملاً تماماً، ويعكس أن الإكلينيكى قد سأل كل المعلومات الضرورية لعمل تشخيص دقيق. ومن ثم إذا سُجلت فى صورة ملحوظة تقدم، فإن هذه الملحوظة ستكون أطول من المعتاد

وإذا أحيل العميل إلى مقدم علاج استخدام المادة، فإن وصفاً لعملية الإحالة فى ملاحظة التقدم يكون هاماً. وإذا ظُن أن العميل فى حاجة إلى إحالة ولكنه رفضها، فإن هذه المعلومات تُوثق بحذر. ويلخص الإكلينيكى الأصلى شفهياً بالنسبة للعميل، وبعد ذلك يوثق فى ملاحظة تقدم يرسم البيانى للعميل، كل القصور الخاص بالعلاج الذى سيُقدم للعميل، ورفض العميل لتضمين خبراء علاج إستخدام المواد. ويحفظ هذا التوثيق الإكلينيكى آمناً من قضايا لاحقة قد تدعى تخطيطاً غير ملائم للعلاج.

وحينما يُبادر بالإحالات، على نحو عرضى، فإن المهنى الذى يحال إليه العميل (دريئة الإحالة) يطلب معلومات فوق وخلف تلك المحتواة فى ملخص عزبلة معيارى، والتقدير المأخوذ من قبل، أو ملاحظة التقدم. وفى مثل هذه الأمثلة، يعد الإكلينيكى المحيل (مصدر الاحالة) تقرير إحالة خاص وكلما كانت هذه هى الحالة، يبقى أصل هذه الوثيقة فى التخطيط الخاص بالعميل، وترسل الصورة إلى مقدم الرعاية الطالب وإذا إستلمت أى سجلات من دريئة الإحالة، فإن هذه المستندات تصبح جزءاً دائماً من التخطيط الخاص بالعميل.

ومع ذلك، فلا يمكن أن تطلق هذه المستندات بواسطة الإكلينيكى المسلّم. وبدلاً من ذلك، إذا إحتاجها مقدم رعاية آخر، فيجب طلبها من الممارس الذى أعدها أصلاً.

ونستنتج مما سبق إستمرار وجود الجدل بخصوص الهدف الأقصى للعلاج بالنسبة للعملاء الذين يستخدمون المواد ويجادل ... (Nugent, 1993) وناجينت (Nugent, 1994) بأنه من غير الواضح ما إذا كان الاستخدام أو الاستخدام المضبوط يجب أن يكون الهدف، ومع ذلك، يعتقد آخرون أن عدم الاستخدام فقط يمكن أن يكون هدفاً علاجياً فقط (Meyer & Deitsch, 1996; APA, 1994) . وهذا الجدل لايحتمل أن ينتهى سريعاً، وحتى ذلك الوقت فإن كل إكلينيكى سيكون عليه أن يتخذ قراراً شخصياً يلائم تصوره عن إستخدام المواد والقيم الأخلاقية.

وبصرف النظر عن الموضع الذى يقف عليه بالنسبة لقضية التوقف الدائم مقابل التوقف المنضبط عن المخدرات، فإن المرشدين والمعالجين يحتاجون أن يكونوا على علم بالنسبة لعمل تشخيصات دقيقة خاصة باستخدام المواد. والتقييم الكامل فقط يمكن أن يساعد الإكلينيكى على تقرير ما إذا كان لدى العميل مشكلة حقيقية مع إستخدام المواد تحتاج إلى أن تعالج بواسطة مقدم رعاية متخصص. وبمجرد الوصول إلى الحكم بأن العميل لديه اضطراب إستخدام مواد قابل للتشخيص، يبادر بعملية الاحالة. وبالوصول إلى ذلك الوقت يكون الإكلينيكى قد حصل على فكرة واضحة بالنسبة لمستوى العلاج الذى سيكون ضرورياً. وتُعمل حينئذ إحالة ملائمة لخدمات المرضى الداخليين أو الخارجيين التى يمكن أن تُقدم بطريقة تعاونية أو إستثنائية.

ثانياً: طرق العلاج للاعتماد على العقاقير

لقد كانت تُطبق مجموعة متنوعة من العلاجات للاضطرابات المتعلقة بالمواد. وفى أحيان كثيرة كانت تلك الطرق ناجحة بشكل كبير، وفى أوقات [illegible] وقد تطبق العلاجات إما على أساس مريض خارجى أو مريض داخلى. وبالرغم من أن علاج المريض الداخلى من هذه الاضطرابات يبدو أنه فى تزايد، فإن البحث لايوحى بأن هذا الشكل الأكثر إنفاقاً يكون فعالاً على نحو أكثر إتساقاً من العلاج الخارجى (Alterman et al., 1994) .

ويواجه فاحصو برامج العلاج للناس ذوى الاضطرابات المتعلقة بالمواد مشاكلاً عديدة، منها:

أولاً: أن الاضطرابات المتعلقة بالمواد تفرض مشاكل علاج مختلفة (Kleber & Gawin, 1987).

ثانياً: يُشفى بعض الأفراد من مشاكلهم الخاصة بالمواد بدون أى تدخل على الإطلاق (Prochaska et al., 1992) . ومع ذلك يبدو أن أشخاصاً آخرين يُشفون وبعد ذلك ينتكسون لاضطرابهم حتى بعد علاج مكثف، ويستمرون فى تعاطى المخدرات فى الوقت الذى يُترك لهم. وهكذا يكون من الصعب إلى أقصى حد تحديد فى أى وقت معين ما إذا كان العلاج ينجح أو يفشل، أو غير متعلق بتقدم شخص معين؟.

وفى النهاية، كما بالنسبة لأى اضطرابات عقلية أخرى، فإن [illegible] والمعايير المطبقة عن طريق باحثين إكلينيكيين مختلفين تجعل من [illegible] الوصول إلى إستنتاجات واسعة عن فاعلية علاج ([illegible]ly et al., 1988). على سبيل المثال، ما الزمن الذى يجب أن يقلع فيه شخص عن استخدام المواد لكى يُصنف كعلاج ناجح؟ وهل التوقف الكلى هو المعيار الوحيد؟، أو هل خفض إستخدام العقار يعتبر دالاً؟. وسوف تؤدى الإجابات المختلفة على هذه الأسئلة إلى إستنتاجات مختلفة على نحو ملحوظ.

ورغم ماسبق، فإن هذه المشاكل لا تقاوم عمل الإكلينيكيين على نحو جاد لإيجاد طرق لعلاج الاضطرابات المتصلة بإستخدام المواد. وتقع معظم المجالات العلاجية فى إحدى المجموعات العديدة: علاجات الاستبصار، وعلاجات سلوكية، وعلاجات سلوكية معرفية، وعلاجات بيولوجية. وبالرغم من تقديمها على نحو منفصل، فإن هذه التدخلات تتصل عادة إما مع بعضها البعض وإما مع أشكال أخرى مثل علاج الأزواج أو علاج الأسرة (Galanter, 1993) .

١- العلاجات بالاستبصار

Insight Therapies

تحاول علاجات الاستبصار مساعدة الناس ذوى الاضطرابات المتعلقة بإستخدام المواد بأن يصبحوا على وعى بـ ويواجهون العوامل النفسية التى تساهم فى نموذجهم الخاص باستخدام العقار (Jungman, 1985) . على سبيل المثال، يساعد المعالجون السيكوديناميون العملاء بداية على إكتشاف وحل صراعاتهم الأساسية ويحاولون بعد ذلك أن يساعدوهم على تغيير أساليب حياتهم المتعلقة بالمواد. ويرشد المعالجون المتمركزون حول العميل العملاء على قبول المشاعر والأفكار التى، طبقاً لنظريتهم قد خبئوها عن أنفسهم عند اللجوء إلى المخدرات.

وبالرغم من أن هذه المجالات غالباً ما تُطبق على الاضطرابات المتعلقة بالمواد، فإن البحث لم يجدها فعالة بشكل مرتفع (Meyer et al., 1989). وقد يشير قصور العلاج الخاص بها إلى أن إساءة إستخدام العقاقير أو الإعتماد عليها يصبح في النهاية مشكلة عنيدة ومستقلة بصرف النظر عن أسبابها. وأن النموذج سيء التكيف Maladaptive pattern لابد أن يكون الدرئية الأولى للتغير إذا كان للناس أن يصبحوا متحررين من العقاقير. وهكذا فإن علاجات الاستبصار تميل إلى أن تكون مساعدة أكبر حينما تُمزج بمجالات أخرى في برنامج علاجي متعدد الأبعاد. وقد مُزجت بنجاح مع علاجات سلوكية وبيولوجية (Galanter, 1993) وتُقدم في الغالب الأعم في أشكال علاج جماعي.

٢- العلاجات السلوكية والسلوكية/المعرفية

Behavior and Cognitive Behavioral Therapies

إن العلاج السلوكي المستخدم على نطاق واسع للاضطرابات المتعلقة بسوء إستخدام المواد هو الإشتراط المنفر Aversive conditioning، وهو مجال قائم على مبادىء الإشتراط الكلاسيكي. وفي هذا المجال، يُقدم للأفراد على نحو متكرر مثيرات غير سارة (على سبيل المثال، صدمة كهربائية) في نفس الوقت الذي يتناول فيه عقاراً. وبعد إقترانات أو إزدواجات متكررة، يُتوقع أن يبدأ الأفراد في التفاعل بشكل سلبي مع المادة نفسها ويفقدون إشتياقهم لها.

وقد طُبق الإشتراط المنفر لإساءة إستخدام الكحول والاعتماد عليه أكثر من تطبيقه لاضطرابات إستخدام مادة أخرى. وفي الماضي كانت البرامج للإشتراط المنفر عنيفة وباعثة على الجدل. وفي أحد برامج العلاج كان الناس يُحقنون بالسوكسينيسكولين Succinycholine، وهو عقار شل في الواقع أجسادهم وهم يتذوقون مشروبات كحولية (Sanderson et al., 1963). وقد نما هؤلاء الناس كراهية للكحول، ولكن كثيراً من الإكلينيكيين إنزعجوا بالنسبة لأمن وأخلاقيات البرنامج. علاوة على ذلك، بدت الفاعلية قصيرة البقاء. كما أثار الاشتراط المنفر الذي يقرن الصدمة الكهربائية مع الشرب أسئلة أخلاقية في حين يبرهن على فاعلية محدودة (Wilson, 1987).

واليوم، تميل تقنيات الاشتراط المنفر إلى أن تكون أقل شدة نوعاً ما. ففي أحد المجالات يُقترن سلوك الشرب مع غثيان وقيء يستثيره الشراب (Elkins, 1991). ومنهجية مضمرة أخرى Covert sensitization، تتطلب أن يتخيل مدمنو الكحول اضطراباً إلى أقصى مدى، أو مناظراً منفرة أو مرعبة وهم يشربون. والإفتراض هو أن إقتران هذه المناظر المتخيلة مع السائل سوف يستثير إستجابات سلبية للسائل نفسه. وأحد أشكال القصور الرئيسية لمجالات الإشتراط بالتنفير هو أنها يمكن أن تكون ناجحة فقط حينما يكون العملاء مدفوعين لإستمرار مع مثل هذا البرنامج رغم بغضها.

ويركز برنامج سلوكي آخر على تعليم بدائل alternatives لتعاطي العقاقير. وهذا المجال، قد كان يُطبق كذلك على إساءة استعمال الكحول والإعتماد عليه أكثر مما يُطبق على اضطرابات متعلقة بالمواد. وقد كان يتم تعليم ذوي مشكلة الشرب أن يستخدموا الاسترخاء، والتأمل، والتغذية الراجعة البيولوجية بدلاً من الكحول لخفض توتراتهم (Rohsenow et al., 1985). ويعطى البعض كذلك تدريباً على التوكيدية Assertiveness أو يتم تعليمهم مهارات اجتماعية لمساعدتهم على التعبير عن غضبهم

بشكل أكثر مباشرة ويقاومون ضغوطهم الاجتماعية على الشرب (Van Hasselt et al., 1993) . وبالمثل، فإن برامج التعليم الخاصة بوقت الفراغ قد كانت تُنفذ لتعليم مسيىء استخدام المواد «المرح الايجابى» Fun كبديل لإساءة استخدام العقار (Aguilar & Munson, 1992) .

والمجال السلوكى الذى قد كان فعالا فى العلاج ... الأشخاص الذين يسيئوا إستخدام الكوكايين (مجموعة صعبة العلاج على ... معروف) هو **التدريب الطارىء Contingency training**، وفيه يتلقى العملاء حوافزاً قائمة على تقديم عينات من البول خالية من العقار. فى إحدى الدراسات الحديثة الخاصة بالتدريب الطارىء، وجد أن ٥٨٪ من مسيئى استخدام الكوكايين إستخدموا الشهور الستة الكاملة للعلاج، مع ...٪ حققوا ثمانية أسابيع على الأقل من توقف مستمر عن تعاطى المخدر. وحيث أن طول الوقت الذى يبقى فيه العملاء مع البرنامج وطول توقفهم عن تعاطى المخدر يكونا منبئين بتحرر مستقبلى من إساءة إستخدام المادة، فإن النتائج تكون سبباً فى بعض التفاؤل (Higgins et al., 1993) .

وقد كان لمعظم العلاجات السلوكية الخاصة بسوء إستخدام المواد والإعتماد عليها نجاح محدود للغاية. وفى الحقيقة، تنجح بصفة عامة على أفضل وجه فى إمتزاجها بمجالات معرفية (Washton & Stone-Washton, 1990) . وفى أحد المجالات السلوكية/المعرفية، **التدريب السلوكى على ضبط الذات** Behavioral Self-control training (BSCT) يقوم المعالجون فى البداية بإرشاد العملاء لمراقبة سلوكهم الخاص بالشرب (Miller et al., 1992) . وحينما يسجل العملاء الأوقات والأماكن والانفعالات والتغيرات الجسمية والظروف الأخرى التى تصاحب شربهم، يصبحون أكثر وعياً بالإشارات التى يربطونها بالشرب المتزايد. ويتم تعليم العملاء حينئذ وضع حدود ملائمة على شربهم، ليتبينوا متى تقترب الحدود لضبط معدلات شربهم (ربما بتحديد مشروباتهم أكثر من تجرعها). ولتطبيق سلوكيات المواجهة البديلة، فإن مثل هذه التقنيات الخاصة بالاسترخاء فى مواقف بدونها يستثار الشرب. فعلى نحو التقريب ٧٪ من العملاء الذين يكملون هذا البرنامج تقويمهم بإعتبار أنهم يظهرون بعض التحسن (Miller & Hester, 1980) . ويبدو البرنامج أكثر نجاحاً وفاعلية فى حالات يكون الأفراد فيها أصغر فى السن وغير معتمدين على الكحول (Miller et al., 1992).

وفى مجال توافقى مماثل، **التدريب على الوقاية من الإنتكاسة Relapse-prevention training**، يستخدم مدمنو الكحول مرة ثانية مراقبة الذات Self-monitoring لتحديد المواقف والتغيرات الإنفعالية التى تضعهم فى مخاطرة بسبب الإفراط فى الشراب، وبعد ذلك يتعلموا إستراتيجيات المواجهة للإستخدام فى مثل هذه المواقف (Kivlaham et al., 1990). ويتم تعليم العملاء- أيضاً- أن يخططوا مسبقاً فى الوقت كم عدد المشروبات يكون ملائماً؟، وماذا سوف يستهلكون؟، وتحت أى ظروف؟، وهم يمارسون إستراتيجياتهم التكيفية فى مواقف عالية المخاطرة حقيقية أو متخيلة. وهنا يقدم المعالج المبادىء الأساسية الخاصة بهذا المجال لعميل:

«نحن نعرف أنك تريد أن تتوقف تماماً عن كل المسكرات والمخدرات إلى الأبد، ولكن معرفتنا بالكحوليات بصفة عامة وبك بصفة خاصة توحى مع ذلك بأنه مهما حاولت، فمن المحتمل أن تشرب فى بعض المناسبات أو فى مناسبات بعد خروجك من المستشفى. وهذا لايدعو إلى التشاؤم، ولكنه ببساطة أمر واقعى. ونحن لا نقترح بأن مهمتك يائسة وبعيدة التحقيق، ولكننا نريدك أن

تتوقع أحداثاً مستقبلية وتستنبط طرقاً للمواجهة. لقد أخبرناك من قبل أن بعض الشراب سوف يُعطى لك خلال إقامتك بالمستشفى وأن هدفك هو أن تتوقف بعد كمية معينة حينما تشعر بحب الاستمرار. وبهذه الطريقة نعتقد أنك سوف تحطم القهر لتستمر وسوف تنمى قوة الإرادة الخاصة بك. هذا لابد أن يكون له تأثيران حينما تترك المستشفى.

أولاً: حينما تحاول أن تشرب، فإن خبرتك الخاصة بمقاومة الإغراء فى المستشفى سوف تعطيك تحكماً أكبر.

ثانياً: إذا شربت فإنك سوف تخبر أنه من السهل أن تقلع قبل أن تنجر داخل مرح خاص بشرب مفرط» (Hodgson & Rankin, 1982:213) .

وكما يوحى هذا العرض، فإن التدريب الخاص بالوقاية من الانتكاسة مثل التدريب السلوكى على ضبط الذات BSCT ، حيث يسعى إلى إعطاء العملاء ضبطاً على سلوكهم الخاص بالشرب. ويشير البحث إلى أن هذا المدخل يخفض أحياناً تكرار التسمم فقط (Hollon & Beck, 1994). ومثل التدريب السلوكى على ضبط الذات، فإن التدريب على الوقاية من الإنتكاسة يبدو أكثر فاعلية بالنسبة لمسيئى إستخدام الكحول منهم لأولئك المعتمدين بدنياً على الكحول (Meyer et al., 1989) . وكذلك تم نجاحه فى علاج سوء إستخدام الكوكايين (Carrol et al., 1991).

٣- العلاجات البيولوجية

Biological Treatments

تلعب التقنيات البيولوجية مجموعة متنوعة من الأدوار فى علاج الاضطرابات المتعلقة بالمواد. وقد توجه إلى مساعدة الناس على الانسحاب من المواد، والتوقف عنها، أو ببساطة المحافظة على إستخدامهم الموجه بدون تصاعد لاحق. ويقترح البحث بأن المجالات البيولوجية نادراً ما تؤدى إلى تحسن طويل المدى ولكنها أحياناً يمكن أن تكون عنصراً مساعداً لبرامج أوسع من العلاج (Kleber et al., 1985).

إزالة التسمم Detoxification: إزالة التسمم هو سحب العقار بشكل تدريجى يُشرف عليه طبياً (Wartenberg et al., 1990). ويتم كثير من برامج إزالة التسمم فى المستشفيات أو العيادات لأن مستعملى العقاقير غالباً مايبدون أكثر دافعية للمثابرة خلال الإنسحاب فى تلك المحيطات. وقد تقدم كذلك برامج إزالة التسمم علاجاً فردياً وجمعياً «خدمة متكاملة» للمرضى الداخليين. وهذا أصبح مألوفاً بشكل متزايد فى السنوات الحديثة.

وإحدى إستراتيجيات إزالة التسمم المستخدمة غالباً مع الاعتماد على العقار المسكن- التنويمى Sedative- hyponotic drug ، هو جعل العملاء ينسحبون تدريجياً من العقار، آخذين جرعات متناقصة دائماً حتى يكفوا عن العقار تماماً. وبالرغم من أن أعراض الإنسحاب لازالت تحدث بهذا التكنيك، فمن المحتمل أن تكون أكثر إعتدالاً. وإستراتيجية أخرى لإزالة التسمم هى تعاطى عقاقير أخرى تخفض أعراض الإنسحاب، وتُستخدم أحياناً العقاقير المضادة للقلق، على سبيل المثال، لتخفيض ردود الأفعال الشديدة بالانسحاب من الكحول.

وقد أثبتت برامج إزالة التسمم أنها فعالة فى مساعدة الناس المدفوعين إلى الانسحاب من العقاقير. وبالنسبة للناس الذين يتقاعسون عن تتبع العلاج النفسى بعد الإنسحاب، تميل معدلات الإنتكاسة إلى أن تكون مرتفعة (Pickens & Fletcher, 1991).

العقاقير المقاومة Antagonist Drugs: بعد إنسحاب ناجح لعقار، يكون التحدى التالى هو تجنب إساءة إستخدام عقار أو الاعتماد عليه. ففى إحدى التقنيات البيولوجية، يُعطى الناس ذوى الاضطرابات المتعلقة بالمادة عقاقير مقاومة، وهى عقاقير تسد أو تغير [illegible] العقار الإدمانى (مضاده لسوء الاستخدام). على سبيل المثال، غالبا ما يُعطى للناس الذين يحاولون أن يكفوا عن شرب الكحول (Ray & Ksir, 1993)، وبذاته يُعتقد أن هذا العقار له تأثيرات سلبية قليلة نسبياً، ولكن الشخص الذى يشرب الكحول عند تعاطى هذا العقار المقاوم سوف يخبر غثياناً شديداً، وقيئاً، وإحمراراً في الوجه، ومعدل أسرع لضربات القلب، والدوخة، وربما إغماء. وعلى المستوى النظرى، فإن الأفراد الذين تعاطوا العقار المقاوم سوف يكفوا عن الكحول، ويعرفون رد الفعل المرعب الذى ينتظرهم إذا ما أخذوا حتى جرعة واحدة. وقد أثبت الدواء المقاوم أنه مساعد ولكنه، مرة أخرى مع الناس المدفوعين بشكل مرتفع فقط. وبعد كل شيء يمكن أن يتوقفوا عن تعاطى العقار المقاوم ويعودوا إلى إحتساء الكحول فى أى وقت (Meyer et al., 1989).

المقاومات المخدرة Narcotic antagonists: مثل النالوكسون Naloxone والسايكلازوسين Cyclazocine، والنالتريكسون Naltrexone، ومقاومات جزئية مثل بابرينورفين Buprenorphine تُستخدم أحيانا مع أفراد يكونوا معتمدين على مشتقات الأفيون. وترتبط هذه العقاقير بمواقع المستقبلات الأفيونية خلال المخ وتجعل من غير الممكن للمشتق [illegible] أن يؤدى إلى تأثيره العادى. ومن الناحية النظرية، بدون الإندفاع أو [illegible] الاستخدام المرتفع والمستمر للعقار يصبح لا جدوى منه. وبالرغم من أن المقاومات [illegible] جرعة والشدة من مشتقات الأفيون، فإنها تعتبر فى العادة خطرة جداً بالنسبة لعلاج الاعتماد على الأفيونات. ويجب تطبيق المقاومات بحذر تام بسبب قدرتها على إلقاء الأشخاص المدمنين فى ردود فعل شديدة خاصة بالانسحاب (Goldstein, 1994).

ومن المدهش، أن بعض الدراسات الحديثة قد وجدت أن المقاوم المخدر (نالتريكسون) قد يخفض- أيضاً- إشتياق الفرد لإحتساء الكحول ويمنع الشعور بالانسجام الذى يخلقه الكحول. ووجدت إحدى الدراسات أن هذا العقار كسر دائرة الإشتياق التى تُحدد بشكل نمطى فى حركة حينما ينتكس شخص كحولى تم شفاؤه ثم أخذ جرعة أو جرعتين. وقد خفضت الإنتكاسات الكاملة إلى ٢٣٪ فى مجموعة النالتريكسون مقارنة بـ ٥٤٪ فى مجموعة إزالة التسمم (Volpicelli et al., 1992). ووجدت دراسة مماثلة أن المرضى الذين يتلقون نالتريكسون وعلاجاً خاصاً بمهارات المواجهة حصلوا على ثلاثة أضعاف معدل التوقف الذى حصل عليه مرضى ضابطون. وأقل من نصف المرضى السابقين الذين أخذوا عينة من الكحول خبروا إنتكاسة كاملة، فى حين أن غالبية المرضى الضابطين إنتكسوا بعد أخذ عينة الكحول (O'Malley et al., 1992). وبالرغم من أن النالتريكسون لايمكن أن يُسمى شفاء للكحولية، فإن هذه النتائج تعتبر واعدة حقاً. فقد إقترحت دراسات حديثة أجريت على الحيوانات أن مقاومات مخدرة لها أيضاً بعض القيمة العلاجية فى الاعتماد على الكوكايين (Goldstein, 1994).

وفى النهاية، قد إبتكرت أجسام مضادة حديثاً، وهى تحت الفحص كمقاوم ممكن للكوكايين. وتبحث هذه الأجسام المضادة عن جزئيات الكوكايين وتكسرها إلى منتجين ثانويين غير فعالين. وإذا كانت نتائج المستقبل فعالة فإن

الأجسام المضادة الجديدة قد تمثل المركب الأول لمساعدة مسيئى إستخدام الكوكايين المدفوعين على البقاء خاليين من العقار فترة طويلة تكفى لكسر دائرة الإدمان (Landry et al., 1993) .

العلاج من بقاء العقار Drug Maintenance Therapy: قد يكون أسلوب الحياة المتعلق بالعقار مسئولاً أكثر من [illegible] التأثيرات المباشرة للعقار. ويأتى كثير من التلف الناتج من إدمان الكحول [illegible] على سبيل المثال، من الجرعات المفرطة، والإبر غير المعقمة، والحياة المقترنة [illegible]. وهكذا كان الإكلينيكيون بداية متحمسين جداً حينما إبتكرت برامج الاحتفاظ بالميثادون فى الستينات لعلاج إدمان الهيروين (Dole & Nyswander, 1965, 1967). وفى هذه البرامج يُعطى العملاء المدمنين ميثادون أفيونى مركب كبديل للهيروين. وبالرغم من أن العملاء يصبحون بعد ذلك معتمدين على الميثادون، فإن إدمانهم يبقى تحت إشراف قانونى وطبى آمن. وإعتقد مبتكرو البرامج أن الميثادون يكون مفضلاً عن الهيروين لأنه يمكن أن يؤخذ عن طريق الفم، وهكذا يستأصل مخاطر الإبر، ويحتاج إلى أن يؤخذ مرة واحدة فى اليوم.

وبدت برامج الميثادون الأوليه فعالة جداً، وحقق بعضها معدلات نجاح مرتفعة تصل إلى (٨٠٪ - ١٠٠٪) (McGlothlin et al., 1978). كما قدمت هذه البرامج تأهيلاً مهنياً واجتماعياً وبذلك يمكن أن يعيش بعض مستخدمى الهيروين حياة طبيعية وبناءة نسبياً. ونتيجة لهذه النجاحات، أسُست برامج عديدة للمحافظة على الميثادون فى جميع أنحاء الولايات المتحدة، وكندا، وإنجلترا (Payte, 1989).

وقد أصبحت تلك البرامج أقل إنتشاراً خلال الثمانينات من القرن العشرين إلى حد كبير بسبب إدمان الميثادون نفسه (Peachey & Franklin, 1985). وإنتهى الأمر إلى أن يعتقد كثير من الإكلينيكيين أن إبدال إدمان بآخر لايكون «حلاً» مقبولاً للاعتماد على العقار. وشكى كثير من الأشخاص المدمنين أن إدمان الميثادون يخلق مشكلة عقار إضافية تعقد ببساطة المشكلة الأصلية تاركة لهم مع وجود بعد عن التخلص من العقار. وفى الحقيقة يبدو أن الإنسحاب من الميثادون أصعب من الهيروين.

وقد أضافت النساء الحوامل المحافظات على الميثادون مشكلة تأثير العقار على أطفالهن. وقد كان الميثادون مرتبطاً بانسحاب شديد ومكثف للأعراض لدى المواليد الجدد وبأعراض عصبية محتملة. وقد يظهر الأطفال المعرضون للميثادون قلقاً وعدواناً أشد من الرفاق غير المعرضين، وقد يكونوا فى مخاطرة متزايدة من تطوير اضطرابات القصور فى الانتباه واضطرابات التعليم (Decubas & Field, 1993).

وبالرغم من هذه المشاكل، فإن الاهتمام بالعلاجات التى يشرف عليها طبيباً مثل الوقاية من الميثادون قد زادت فى السنرات الحديثة نتيجة لانتشار فيروس الإيدز HIV بين مسيئى إستخدام العقاقير داخل الأوردة، وشركائهم الجنسيين وأطفالهم. وكان ٢٤٪ إلى ٣٠٪ من حالات الإيدز المقررة فى عام ١٩٩٢ مرتبطة بسوء إستخدام العقاقير عن طريق الوريد. وسوء إستخدام العقاقير من خلال الوريد يكون خطراً ليس فقط بسبب مخاطر مشاركة الإبرة غير المعقمة ولكن كذلك بسبب التأثيرات غير الكابحة للعقاقير والتى يمكن أن تؤدى إلى السلوك الجنسى المرتفع الخطورة (Millstein, 1992) . وهكذا فإن بعض برامج بقاء الميثادون قد أدمجت تعليم الإيدز والعلاج النفسى التوكيدى المركز على الصحة فى خدماتها العلاجية (Batki, 1988) .

٤- برامج مساعدة الذات

Self-Help Programs

بالنسبة للتكلفة والنجاح المحدود للتدخلات الإكلينيكية، فإن كثيراً من مستخدمى العقاقير [illegible] البعض للشفاء بدون مساعدة مهنية. وترجع حركة مساعدة الذات إلى عام ١٩٣[illegible]، حينما تقابل رجلان مدمنان للكحول من أوهيو Ohio لمناقشة إمكانيات العلاج البديل. وأدت المناقشة الأولى إلى مناقشات أخرى وإلى التكوين النهائى لجماعة مساعدة الذات للأشخاص مدمنى الكحول. وناقش الأعضاء المشاكل المتعلقة بالكحول والأفكار الحرفية والمساندة المقدمة. وأصبحت المؤسسة معروفة باسم **الكحوليين المجهولين** Alcoholics Anonymous (AA).

واليوم، تملك مؤسسة (AA)أكثر من ٢ مليون عضو فى ٨٩٠٠٠ جماعة عبر الولايات المتحدة و١٠٠ دولة أخرى على نحو التقرير (AA World Services, 1994). وتقدم علاجاً تدعيمياً مع ملامح مصرية وروحية فى مساعدة الناس على التغلب على إدمان الكحول. ويجد الأعضاء المختلفون مساعدة من (AA) فى نواح مختلفة. فبالنسبة للبعض يساعدون ويحددون مجموعة الرفاق التى تساعدهم على إكتساب تحكم فوق الشراب (Galanter et al., 1990)، وبالنسبة لآخرين هى البعد الروحى. وتأخذ المقابلات مكاناً بانتظام، ويكون الأعضاء متاحين لمساعدة بعضهم البعض لمدة ٢٤ ساعة يومياً. وبتأسيس الخطوط الإرشادية للحياة، تساعد المؤسسة الأعضاء على التوقف عن الإدمان «من يوم إلى آخر» وتحثهم [illegible] القبول «كحقيقة أو واقع» فكرة أنهم عاجزون بسبب إدمان الكحول وأنه يجب أن يتوقفوا عن الشرب تماماً وبصفة دائمة إذا كان لهم أن يحيوا حياة [illegible] فكرية.

وتوجد مؤسسة متعلقة بمساعدة الذات، تقدم جماعات مساندة للناس الذين يعيشون مع ويهتمون بأشخاص كحوليين. وفى هذه الجماعات يشارك الناس خبراتهم المؤلمة ويتعلمون مواجهة تأثير الأشخاص الكحوليين فى حياتهم وكيف يتوقفون عن تدعيم شربهم وسلوكهم المتعلق بالكحول.

وقد إبتكرت- أيضا- برامج مساعدة الذات بالنسبة للاضطرابات المتعلقة بالمواد، وبصفة خاصة الإعتماد على الهيروين والكوكايين. وينمو فى شعبية **مدمنو المخدرات المجهولين ومدمنو الكوكايين المجهولين**، القائمين على نموذج مدمنى الكحول المجهولين. وقد إمتدت كثير من برامج مساعدة الذات، مثل قرية داى توب Daytop ومنزل فونيكس Phoenix إلى «مراكز علاج مقيم»، أو «مجتمعات علاجية»، حيث يعيش فى الأولى مسيئو إستخدام الهيروين والكوكايين ويعملون وينشئون اجتماعياً فى بيئة خالية من العقار بينما يطبقون علاجات فردية وجماعية وأسرية ويعملون على العودة إلى الحياة المجتمعية.

وقد كان من الصعب تحديد النجاح الفعلى لمساعدة الذات وبرامج العلاج المقيم (Ray & Ksir, 1993). ولا تحتفظ بعض البرامج بسجلات الأعضاء الذين فشلوا فى الإستفادة من المساعدة وتم توقفهم. علاوة على ذلك، يكون كثير من مثل هذه البرامج غير موثوف فيها من الباحثين ويتعاملون معها بشكل إنتقائى.

٥- إستخدام عقار متحكم فيه مقابل التوقف

Controlled Drug Use Vs.Abstinence

هل التوقف التام هو الشفاء الوحيد من سوء إستخدام العقاقير والإعتماد عليها؟، أو هل يستطيع الناس ذوو اضطرابات إستخدام المواد أن

يتعلموا إبقاء إستخدام المواد تحت تحكم أفضل؟. فلقد تمت مناقشة هذه القضية لسنوات، بصفة خاصة حينما يكون الذى نحن بصدده هو الكحول.

وكما رأينا من قبل، يعتقد كثير من المنظرين السلوكيين/المعرفيين أن الناس يمكن أن يستمروا فى الشراب باعتدال إذا تعلموا أ... حدود شرب اكثر ملائمة. ويجادل هؤلاء المناصرون للشرب المتحكم ... ان الهدف من التوقف الصارم قد يشجع فى الحقيقة الناس على هجر ضبط الذات تماماً إذا كان لابد أن يحصلوا على شراب منفرد (Peele, 1989) . وأولئك الذين يرون إدمان الكحول كمرض، يأخذون، على النقيض، موقف المدمنين المجهولين (AA) الخاص «بمجرد أن تكون مدمن كحول، فستكون دائماً مدمناً للكحول»، ويعتقدون أن الإنتكاسة لايمكن تجنبها على نحو التقريب حينما يعتقد مدمنو الكحول أنهم يمكن أن يأخذوا بشكل آمن شراباً واحداً. إنهم يعتقدوا أن هذا الإعتقاد المضلل سوف يفتح الباب إن آجلاً أو عاجلاً مرة أخرى ويؤدى مرة أخرى إلى شراب لايمكن التحكم فيه.

والمشاعر الخاصة بهذه القضية قوية جداً لدرجة أن الناس من ناحية قد تحدوا فى بعض الأوقات الدوافع وسلامة تلك الدوافع من ناحية أخرى. ومع ذلك، يشير البحث إلى أن كلاً من الشراب المنضبط والتوقف عن الشراب قد يكونا هدفين علاجيين قابلين للتطبيق، إعتماداً على شخصية الفرد وعلى طبيعة مشكلة الشراب الخاص. وتقترح الدراسات أن التوقف يكون هدفاً أكثر ملائمة للناس المعتمدين جسمياً على الكحول، فى حين أن الشراب المنضبط يمكن أن يكون مساعداً للشاربين الأصغر المسيئين الاستخدام للكحول والذين قد يحتاجون ببساطة إلى أن يتم تعليمهم صورة غير مسيئة لاستخدام الكحول (Marlat, 1985). كما تقترح دراسات أخرى أن التوقف يكون أكثر ملائمة للناس الذين يعتقدون أنهم كحوليون وأن التوقف هو الإستجابة الوحيدة لهم (Rosenberg, 1993). وهؤلاء الناس أكثر إحتمالاً لأن ينتكسوا بعد الحصول على مجرد شراب واحد. وقد تنطبق نتائج تلك الدراسات على اضطرابات أخرى خاصة بالعقاقير.

ومن المهم أن نُبقى فى الذهن، بصفة عامة، ان كلا من توقف وإنضباط الشراب يكونا صعبين إلى أقصى حد بالنسبة لمدمنى الكحول. وبالرغم من أن العلاج قد يساعد المفرطين فى الشراب للتحسن لفترة معينة، فإن الدراسات التتبعية تشير إلى معدلات إنتكاسة عالية. فوجدت دراسة تتبعت ١١٠ فرداً أن بعد ثلاثين عاماً من العلاج أصبح ٢٠٪ شاربين على نحو معتدل، وأصبح ٣٤٪ متوقفين عن الشراب، وإستمر الباقون يعرضون مشاكل شراب دالة (Vailant, 1983). ونتائج أخرى تكون أكثر كآبة، ممايوحى أن معدلات الشفاء تكون أحياناً منخفضة مثل (٥٪- ١٠٪) (Peele, 1989) .

والأكثر كآبة هى نتائج دراسة خاصة برجال عولجوا من إدمان الهيروين. وبعد ٢٥ سنة من العلاج بحكم محكمة، كان ٧٥٪ من الأشخاص إما موتى أوفى السجن أو لازالوا يسيئون إستخدام الهيروين، فى حين أن ٢٥٪ كانوا خالين من العقار (Hser et al., 1993). ومثل هذه الإحصائيات تصلح كمُذكر مزعج بأن سوء إستخدام المواد والاعتماد عليها يستمر ليكون أشد مشاكل مجتمعنا الدائمة والمعجزة. وقد أدت- أيضاً- إلى أن بعض الإكلينيكيين يركزون أكثر على قضايا اجتماعية ثقافية وآخرون يركزون أكثر على برامج الوقاية.

٦- برامج علاج اجتماعية ثقافية

Sociocultural Treatment Programs

يعيش كثير من مسيئى إستخدام المواد فى بيئة شديدة [illegible] مستهدفة للعنف (NIDA, 1990) . واليوم يحاول عدد متنامى من برامج العلاج أن يكون حساساً للضغوط الخاصة بالثقافة الاجتماعية والمشاكل الفريدة التى يواجهها مسيئو إستخدام العقاقير الذين يكونوا فقراء، بلا مأوى، أو أعضاء فى جماعات أقلية عرقية (Wallace, 1993). والحساسية لتحديات الحياة الفريدة لكل مريض يمكن أن تكون أفضل دفاع ضد الضغوط البيئية والاجتماعية التى يمكن أن تؤدى إلى الإنتكاسة.

وبالمثل، فإن المعالجين قد أصبحوا أكثر وعياً لدرجة أن قضايا النوع الدالة غالباً ما ترتبط باضطرابات متعلقة بالمادة (Lisansky Gomberg, 1993). ولأن النساء والرجال لديهم ردود أفعال بدنية ونفسية للعقاقير، على سبيل المثال، غالباً ما تتطلب النساء طرق علاج تختلف عن تلك المصممة للرجال (Hamilton, 1991). وبالإضافة إلى ذلك، فإن علاج النساء المسيئات لاستعمال المواد قد يتعقد بقضايا عديدة خاصة بالنوع، تشمل تا[illegible] الإساءة الجنسية، وضغوط تربية الأطفال، والخوف من المقاضاة الجنائية بال[illegible] لسوء إستخدام العقاقير أثناء الحمل (Roper, 1992). وقد خبرت ([illegible] ٪) من النساء المصابات باضطرابات متعلقة بالمادة إساءة جنسية قبل عمر [illegible] سنة طبقاً لبعض الفحوص، وأكثر من ثلث النساء اللاتى يسئن استعمال [illegible] فى إحدى الدراسات قررن متوسط عشرة اغتصابات ببلوغ عمر [illegible] سنة (Arbiter,1991) . وهكذا، فإن نساء كثيرات مسيئات لاستعمال المواد [illegible] أكثر ارتياحاً بالبحث عن مساعدة فى عيادات تراعى النوع أو برامج داخلية ذات توجه أنثوى تركز على التقوية والتعليم وتسمح للأطفال بأن يعيشوا مع أمهاتهم الساعيات إلى الشفاء (Hall, 1992).

٧- الوقاية

Perevntion

فى السنوات الحديثة، إنتشرت مجهودات الوقاية من العقاقير إلى مابعد البيئة المدرسية كما تبين الإكلينيكيين أن الأطفال يقضون جزءاً من وقتهم فقط فى المدرسة. وأن الأطفال الذين فى مخاطرة عظمى بالنسبة للاضطرابات المتعلقة بالعقار قد يكونوا متغيبين من المدرسة على نحو مزمن أو قد تركوا المدرسة تماماً. كما قد أصبحت برامج الوقاية أكثر تحديداً فى المجتمعات الدريئة. ويحاول الباحثون الإكلينيكيون أن يحددوا ليس فقط كيف يمكن الوقاية من الاضطرابات المتعلقة بالمواد بصفة عامة ولكن كيف يمكن الوقاية منها فى جماعات نوعية. ماهى الوقاية؟ ولأى مجتمع تكون أعظم فاعلية للوقاية من سوء الاستعمال لأى من المواد؟ (NIDA., 1991) .

وتختلف برامج الوقاية فى تقنياتها وأهدافها. وتؤيد بعض البرامج التوقف التام عن تعاطى العقاقير، فى حين أن آخرين يؤيدون إستعمالاً «مسئولاً» Responsible . ويسعى البعض لمقاطعة أو الوقاية من إستخدام «عقار المدخل» Gateway drug، والآخرون الذين يتبينوا أن الشروع المبكر فى إستخدام العقار يرتبط بشدة بسوء الاستخدام اللاحق والسعى لتأجيل عمر تجريب المخدرات. وبالمثل، قد تختلف البرامج فيما إذا كانت تحاول تقديم تعليم عن المخدرات، وتعليم بدائل بناءة لإستخدام العقار، وتعديل العلاقات مع الرفاق أو مزج بعض هذه التقنيات.

وقد تركز برامج الوقاية على الفرد (على سبيل المثال. عن طريق تقديم تعليم من خلال تأثيرات العقار غير السارة)، وعلى الأسرة (من خلال تعليم مهارات والدية وتحسين الأداء الأسرى)، وعلى جماعة الرفاق (من خلال تغيير معايير الرفاق أو تعليم المقاومة لضغط الرفاق)، وعلى المدرسة (من خلال تدعيم سياسات العقار)، او على المجتمع بصفة عامه (من خلال إعلانات عن الخدمات مثل حملة «القاضى يقول لا»). وتمزج برامج الوقاية الأكثر فاعلية مثل هذه المجالات العديدة الخاصة بالتركيز على خلق برنامج شامل وتعاونى يقدم رسالة متسقة خاصة بسوء إستخدام العقار فى كل مجالات حياة الأطفال . (NIDA, 1991)

وقد إبتُكرت بعض برامج الوقاية حتى لأطفال ماقبل المدرسة. ويعلم برنامج دراسات الكحول الابتدائى والتعليم الأساسى للإدمان (BABES) أطفال ماقبل المدرسة مهارات إتخاذ القرار، ومهارات المواجهة والتقنيات الخاصة بمقاومة ضغط الرفاق والتعامل مع المشاعر. كما يقدم معلومات عن الكحول والعقاقير الأخرى، ويجعل الأطفال على ألفة بمصادر المساعدة. ويستخدم برنامج دراسات الكحول الابتدائى والتعليم الأساسى للإدمان دُمىً إرشادية مثل البراعم والبقر، التى يكون والديها معتمدين على العقار، كما يستخدم الطائر المبكر الذى يعطى إشارات تحذيرية عن السلوكيات المدمرة للذات وعن التأثيرات الخاصة بالإعتقادات غير الصحيحة عن العقاقير وشفاء ريجى Reggie ، كلب مدمن للكحول يتماثل للشفاء ويروى معاناته وشفائه، والأرنب رهوندا Rhonda ، وطفل مسىء لاستخدام العقاقير يعيش مع والدين مدمنين فى منزل ويظهر سلوكيات مواجهة (Abbott, 1987)

وقد بادر برنامج «النجم الرئيسى» Head Start بمنهج وقاية قبل المدرسة. ويهدف إلى المجتمعات المصابة بالفقر والملتحقة بالنجم الرئيسى ووالديه. ويعلم البرنامج عن تأثيرات العقار، وعوامل المخاطرة، وقضايا الصحة، وضغط الرفاق، والمهارات الوالدية، وإبتكار وإستعمال شبكات مساندة (Oyemade, 1989).

الإستنتاج:

تناول هذا الفصل علاج الإعتماد على العقاقير. وقد بدأنا أولاً بمناقشة الإحالة وتخطيط العلاج موضحين معايير الإحالة وعملية الإحالة والتوثيق وحفظ السجلات، وفى الشق الثانى من هذا الفصل طرق العلاج النفسى، متمثلة فى العلاجات بالاستبصار، والعلاجات السلوكية والسلوكية/المعرفية، والعلاجات البيولوجية، وبرامج مساعدة الذات، وإستخدام عقار متحكم فيه مقابل التوقف، وبرامج العلاج الاجتماعية الثقافية، والوقاية من سوء إستخدام العقاقير والكحول. وقد تم إبراز مميزات وعيوب كل من هذه الطرق العلاجية أثناء مناقشتها.

مراجع الفصل السادس:

1- A.A. World Services. Inc. (1994). Personal communication. Statistic branch. New York, NY.

2- Ab... helping children. Myth Mary & Early Bird teach prevention. Alcoholism and Addiction, 8(2), 17.

3- Aguila: F., & Munson, W. (1992). Leisure education and counseling as intervention components in drug and alcohol treatment for adolescents. Journal of Alcohol and Drug Education, 37 (3), 23-34.

4- American Psychiatric Assoc. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

5- American Society of Adiction Medicine. (1996) Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders (2nd ed.). Cheuy Chase, MD: Author.

6- ...er, N. (1991). Residential programs for women. In National Conference on Drug Abuse Research and Practice Conference Highlights. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

7- Batki, S. (1988). Treatment of intravenous drug users with AIDS: The role of methadon maintenance. Journal of Psychoactive Drugs, 20, 213-216.

8- Carroll, K., Rounsaville, B., & Gawin, F. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 17, 229- 247.

9- DeCubas, M., & Field, T. (1993). Children of methadone-dependent women: Developmental outcomes. Amer. J. Orthopsychiat, 63 (2), 266-269.

10- Dole,V., & Nyswander, M. (1965). Amedical treatment for heroin addiction. JAMA, 193, 646-650.

11- Dole, V., & Nyswander, M. (1967). Heroin addiction, a metabolic disease. Arch. Inter. Med., 120, 19-24.

12- Elkins, R. (1991).An appraisal of chemical aversion (emetic therapy) approches to alcoholism treatment. Behav. Res. Ther., 29, 387-414.

13- Galanter, M. (1993). Network therapy for addiction: A model for office practice. Amer. J. Psychiat., 150 (1), 28- 35.

14- Ga[illegible], Talbott, D., Gallegos, K., & Rubenstone, E. (1990). Combined Alcohoics Anonymous and professional care for addicted physicians. Amer. J. Psychiat., 147(1), 64-68.

15- Goldstein, A. (1994). Addiction: From biology to drug policy. New York: W.H.Freeman.

16- Goldstein, H., Kaczmarek, L., Pennington, R., & Shafer, K. (1992). Peer-mediated intervention: Attendng to, commenting on, and acknowledging the behavior of preschoolers with autism. J. Appl. Behav. Anal. 25(2), 289-305.

17- Hall, G. (1992). Cited in A round-up of rapists. Psychology Today, 25 (6), 12-13.

18- Hamilton, N. (1991). Intake and diagnosis of drug-dependent women. In National Conference on Drug Abuse Research and Practice Conference Highlights. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

19- Higgins, S., Budney, A., Bickel, W., Hughes, J., Foerg, F., & Badger, G. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavior approach. Amer. J. Psychiat. 150 (5), 763-772.

20- Ho[illegible], Rankin, H. (1982).Cue exposure and relapse prevention. In W. Hay & P. Nathan (Eds.), Clinical case studies in the behavioral treatment of alcoholism. New York: Plenum.

21- Hollon, S., & Beck, A. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. Bergin & S. Garfiel (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.). New York: Wiley.

22- Hood, A., & Johonson, R. (1997). Assessment in counseling:A guide to the use of psychological assessment procedures. Alexandria, Va: American Counseling Association.

23- Hser, Y., Anglin, D., & Powers, K. (1993). A 24 year follow-up of California narcotics addicts. Arch. Gen. Psychiat., 50, 577-584.

24- Jungman, J. (1985).De l'agir du toxicoman a l'agir du therapeute [from the drug addict's acting out to

the therapist's action]. Information Psychiatrique, 61(3), 383-388.

25- Kivla...m, D., Marlott, G., Fromme, K., Coppel, D., & Williams, E. (1990). Secondary prevention with college drinkers: Evaluation of an alcohol skills training program. J. Cons. Clin. Psychol. 58, 805-810.

26- Kle..., H., & Gawin, F. (1987). "Cocaine withdrawal": In reply. Arch. Gen. Psychiat., 44(3), 298.

27- Kl...r, H. et al. (1985). Clonidine in outpatient detoxification from methadone maintenance. Arch. Gen. Psychiat. 42(4), 291-300.

28- La...y, D., Zhao, K., Yang, G. Glikman, M., & Georgiadis, T. (1993). Antibody-catalyzed degradation of cocaine. Science, 259, 1899-1901.

29- L...nsky-Gomberg, E. (1993). Women and alcohol: Use and abuse. J.Nerv. Ment. Dis., 181(4), 211-216.

30- ...lott,G. (1985). Controlled drinking: The controversy rages on. Amer. Psychol. 40 (3), 374-375.

31- ...lothlin, W.. Anglin, M., & Wilson, B. (1978). Narcotic addiction and crime. Criminology: An Interdisciplinary J., 16(3), 293-315.

32- Meyer, R., & Deitsch,S. (1996). The clinical's handbook: Integrated diagnostics, assessment, and Intervention in adult and adolescent psychopathology. Boston: Allyn & Bacon.

...Meyer, R., Murry, R., Thomas, F. (1989). Prevention and treatment of alcohol problems: Research apportunities. Washington, DC: National Academy.

34- Miller, W., & Brown, S. (1997). Why psychologists should treat alcohol and drug problems. American Psychologist, 52, 1269-1279.

35- Miller, W., & Hester, R. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches, In W. Miller (Ed.), The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity. Elmsford, NY: Pergamon.

36- Miller, W., Leckman, A., Delaney, H., & Tinchom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control training. Journal of Studies on Alcohol, 51, 108-115.

37- Millstein, R. (1992). The national impact of alcohol and drug problems and HIV infection and AIDS

among the poor and underserved. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 3 (19), 21-29.

38- Nam... Brems, C., & Clarson, S (1997). Dena A Cov:

A model program for the treatment of pregnant substance-abusing women. Journal of Substance Abuse Treatment, 14, 1-11.

39- Natio.. Insitute on Drug Abuse. (1990). Substance abuse among blacks in the U.S. Rockville, MD: Author.

40- Nati.. al Insitute on Drug Abuse. (1991). Annual Medical Examiner Data, 1991. Rockville, MD: Author.

41- O'M.. ley, S., Jaffe, A., Chang, G., Schottenfeld, R., Meyer, R., & Rounsaville, B. (1992). Naltrexone and coping skill therapy for alcohol dependence. Arch. Gen. Psychiat, 49, 881-888.

42- O.. made, U. (1989). Parents and children getting a head start against drugs. Fact Sheet 1989. Alexandria,VA: National Head Start Association.

43- ..te, T. (1989). Combined treatment modalities: The need for innovative approaches. Third National Forum on AIDS and Chemical Dependency of the American Society of Addiction Medicine. J. Psychoact. Drugs, 21(4), 431-434.

44- Peachy, J., & Franklin, T. (1985). Methadone treatment of ... dependence in Canada. Brit. J. Addic., 80, (3), 291- 290.

45- Peele, S. (1989).Diseasing of America: Addiction treatment out of control. Lexington, MA: Lexington Book ID. C. Heath & Company.

46- Perkinson, R. (1997). Clinical dependency counseling: A practical guide. Thousand Oaks, CA: Sage.

47- Pickens, R., & Fletcher, B. (1991). Overview of treatment isues. In R. Pickens, C. Leukefeld, & C.Schuster (Eds.) Improving Drug Abuse Treatment. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

48- Prochaska, J., Diclemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change. American Psychologist, 47(9), 1102-1114.

49- Ray, O., & Ksir, C. (1993). Drugs, society & human behavior. St. Louis: Mosby.

50- Roh[illegible]w, D., Smith, R., & Johnson, S. (1985). Stress management training as a pervention program for heavy social drinkers: Cognition, affect, drinking, and individual differences. Addic. Behav., 10(1), 45-54.

51- Re[illegible], M. (1992). Reaching the babies through the mothers: the effects of prosecution on prognant substance abusers. Law & Psychology Review, 16, 171- 188.

52- Ro[illegible]berg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. Psychol. Bull., 113(1), 129-139.

53- V[illegible]ant, G. (1983). Natural history of male alcoholism: V. Is alcoholism the cart or the horse to sociopathy? Brit. J. Addic., 78(3), 317-326.

54- V[illegible]n Hasselt, V., Null, J., Kempton, T., & Buckstein, O. (1993). Social skills and depression in adolescent substance abusers. Addictive Behaviors, 18, 9-18.

55- [illegible]lpicelli, J., Alterman, A., Hayashida, M., & O'Brien, C. (1992). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. Arch. Gen. Psyciat., 49, 876-880.

56- Wartenberg, A., Nirenberg, T., Liepman, M., Silvia, L. (1990). Detexification of alcoholics: Impreving care by symptom-triggered sedation. Alcoholism: Clin. Exp. Res., 14(1), 71-75.

57- Washton, A., & Stone-Washton, N. (1990). Abstinence and relapse in outpatient cocaine addicts. J. Psychoact. Drugs, 22(2), 135-147.

58- Wilson, R., Como, P., Garron, D. (1987). Memory failure in Huntington's disease. Journal of Clinical Experimental Neuropsychology, 9, 147-154.

59- Woody, G., Luborsky, L., McLellan, A., & O'Brien, C. (1988). Psychotherapy for substance abuse. 50th Annual Scientific Meeting of the Committee on Problems of Drug Dependence. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, 90, 162-167.

الفصل السابع

علاج الاضطرابات الوجدانية

فى هذا الفصل سوف نلقى الضوء على علاج الاكتئاب أحادى القطبية والاكتئاب ثنائى القطبية (الهوس - الاكتئاب) .

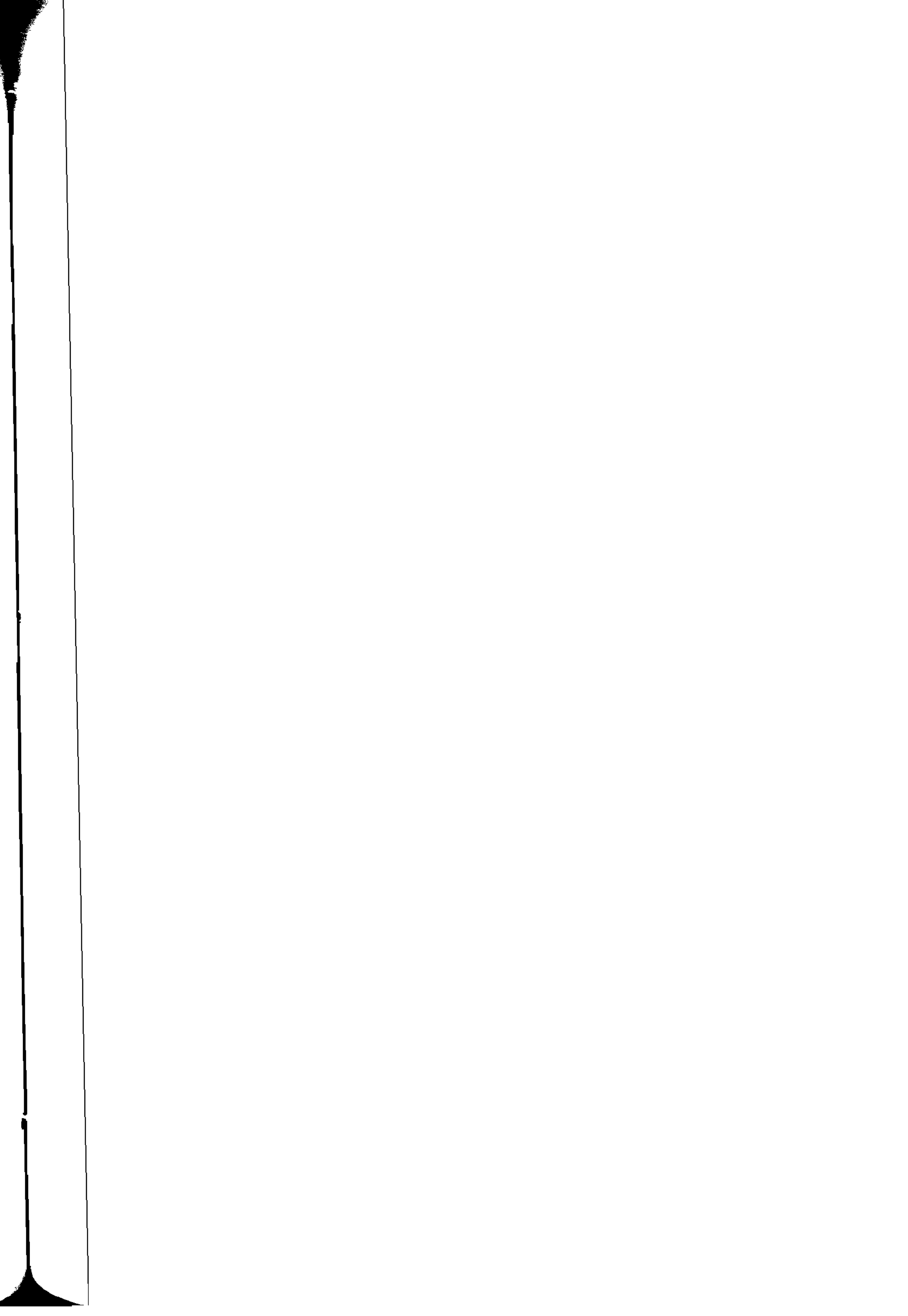
أولا: علاجات الاكتئاب أحادى القطبية

يستخدم المعالجون النفسيون العديد من طرق العلاج النفسى لعلاج الاكتئاب أحادى القطبية. وتتراوح تلك الطرق من علاجات شمولية إلى علاجات قائمة على المشكلة. وتختلف تلك الطرق تماماً بشكل نمطى عن الطرق الشخصية التى يستخدمها الناس للخروج من مزاج سئ .

١ - العلاج السيكودينامى

Psychodynamic Therapy

بالإعتقاد بأن الاكتئاب أحادى القطبية ينتج من خرق لاشعورى بسبب افتقادات مكونة من اعتماد متزايد على الناس الآخرين، يحاول المعالجون السيكوديناميون أن يساعدوا العملاء على إحضار تلك العمليات إلى الشعور، وبذلك يفهموا مصدر ألمهم ويتعلموا أن يتركوها وراءهم. وباعتبارهم ممارسين لعلاج شمولى، يستخدم أولئك المعالجين نفس الإجراءات السيكودينامية مع العملاء المكتئبين التى يستخدمونها مع الآخرين: إنهم يشجعون العملاء أن يتداعوا بحرية خلال العلاج؛ ويقترحوا تفسيرات لتداعيات، وأحلام، ومبررات مقاومة وطرح العميل، ويساعدوا العملاء على إعادة خبرة وتقويم أحداثهم ومشاعرهم الماضية. وساعد التداعى الحر للفقد أنه، طبقاً لهذا المعالج، قد حدد المرحلة الخاصة باكتئابه: بين ذكرياته الأسبق، من الممكن الأسبق من كل شىء،



تذكره وهو يقود عربة رضيعه تحت مبنى القطار المرتفع وتركه هناك وحده، وتواترت ذكرى أخرى بوضوح خلال التحليل كانت عملية فى حدود الخامسة من العمر. كان قد خُدر وتركته أمه مع الطبيب. وتذكر كيف قاوم ... صرخ، غاضباً منها بسبب تركه (Larand, 1968: 325- 326) .

وفى الحالة التالية، فسر المعالج حلم العميل المكتئب ... مشكلته الخاصة بنوبة العصب لاعتماده المبكر واعتقاداته الخفيفة وا...

قرر المريض حلماً كان فيه عند موقع مقبرة والده، كان فيه والده الميت راقداً. فى الحلم كان المريض يبكى وكان الآخرون يحاولون أن يهدئوا من روعه وكان لديه الشعور بأن كل شخص قريب منه كان مريضاً. واستيقظ من الحلم وهو يبكى. فى هذه التداعيات تذكر هذا المريض الموت الواقعى لوالده، مقرراً ذلك عند حدوثه، «شعرت كما لو أن غرضى من الحياة قد انطفأ». وقد كان المريض يملك علاقة تكافلية مع والده، الذى فضله عن الأطفال الآخرين. وتبع تعليمات والده فى الخطاب، وفى الرد عليه امتدحه والده بإفراط وأعطاه مبالغاً كبيرة من المال. ولم يجرؤ إطلاقاً أن يعارض والده منذ أن وقعت خبرة مشاهدة ماحدث لأخوته حينما اختلفوا حتى على نحو خفيف مع الوالد ... فى هذا المريض فى منطقة ريفية حيث كان الوالد ثرياً ورجل أعمال ذا نفوذ يحكم فى مقاطعة صغيرة. وبالرغم من أنه اتبع بخضوع تعليمات والده، فإن المريض لم يكن مسئولاً فى شئونه الخاصة، وفقد مبالغاً متوسطة من المال بسبب سذاجته. ووقع له الحلم بعد فقد مبلغ كبير من المال فى لعب القمار. وربما ... الحلم وعياً بأنه كان الآن مسئولاً عن نفسه: ومع ذلك، بقيت داخله رغبة ... لأن تتم رعاية من جديد بواسطة فرد قوى آخر. وأظهر له الحلم ... إلى الآخرين لجعل الأشياء صائبة كما فعل والده فى الماضى حينما كان فى ... كلة . (Arieti & Bemporad, 1978: 300)

وفى وقت ماوفق المعالجون السيكوديناميون إجراءاتهم العادية لتناول مشاكل خاصة تحير العملاء المتكتئبون، وإذا ماكان عميل مغتم جداً ليرتبط مبكراً بحرية فى العلاج، فإن المعالج قد يكون عليه أن يتخذ دوراً أكثر نشاطاً عن العادى فى المناقشات المبكرة للعلاج (Bemporad, 1982; Spiegel, 1965; Kolb, 1956)

والمعالج، عن طريق ... تقديم محاور يظن أن المريض يمكن أن يناقشها، قد يساعده فى الغالب على التحدث عن مدى أوسع من الموضوعات. وكذلك، بسؤال أسئلة معينة قد تساعد المريض على التغلب على عجزه عن التحدث عن موضوعات خاصة... وإذا كان المعالج سلبياً جداً، فإن صمت المريض قد يزيد... وبعد كل مقابلة قد يخبر المريض إحساساً بالفشل مع إكتئاب متزايد (Levin, 1968: 355)

وبنفس الأسلوب، يجب أن يتعامل المعالج السيكودينامى على نحو حذر بصفة خاصة بسلوك الطرح الخاص بالعملاء المكتئبين (APA, 1993). وبسبب اعتمادهم الأقصى على الناس المهمين فى حياتهم، فإن العملاء المكتئبين قد يلتصقون بالمعالج أكثر حتى مما يفعل العملاء الآخرون، مستغيثين من أجل الإرشاد والراحة، ومتوقعين من المعالج أن يرعاهم (Bemporad, 1992; Kolb, 1956) . وفى وصف جلسات علاجها مع عميل مكتئب، كتبت إحدى المعالجات.

وهناك تلت فترة نمطية طويلة عاش المريض خلالها فقط فى هالة المحلل وانسحب من علاقات شخصية أخرى إلى حد خطير .

ويعتقد بعض المنظرين والسيكوديناميين بأن المعالج يجب أن يجعل العميل المكتئب واعياً بتلك المشاعر الطرحية القصوى فى بداية العلاج ويساعد

العـميل على قبـول حدود المعـالج (Bemparad, 1992, 1982; Arieti & Bemporad, 1978; Jacobson, 1975). ويعتقد آخرون أن مناقشة الطرح بهذا النوع يجب أن يؤجل حتى «مرحلة لاحقة من التحليل، عندما يستطيع المريض تحمل الإحباط على نحو أفضل، ويستطيع القيام بمطالب بدون الشعور [illegible]

ويتوقع المعالجون السيكوديناميون أنه فى خلال العلاج سوف يصبح العـمـلاء المكتـئبـون فى النهـاية، أقل اعـتـمـاداً على الآخـرين، ويواجـهـون الإفتقادات بفاعلية أكثر، ويعملون تغيرات مطابقة فى حياتهم اليومية. وهذا النوع من التقدم يُرى فى حالة منفذ أعمال مكتئب متقدم العمر .

لقد أدى على نحو جيد فى سياق علاقة ذات وضع مفضل مع رئيسه. ومع ذلك، حُول إلى قسم آخر حيث كان له رئيس جديد متباعد وأعطى زملاءه تغذية قليلة. وببساطة توقع هذا الرئيس الجديد أن يؤدى كل شخص أعماله ولم يكن مهتماً بالمجاملات الشخصية، ووجد المريض نفسه قد أصبح مكتئباً أكثر وأكثر حينما فشل فى استخراج إعادة التوكيد الذى يحتاج إليه من رئيسه الجديد. وتردد بين عدم رؤيته لمعنى فى عمله والغضب بسبب الأخطاء التافهة على نحو معتاد فى شركة، التى ضخمها الآن. وفى العلاج كان قادراً على ربط مصيبته الحالية بخبرة طفولته الخاصة بتكريس نفسه لإرضاء والده نادراً ما أعطى الأخير مدحاً وكان ناقداً على نحو فظ لكل الأطفال، ولكن بعض تذكر شعوره بالنشاط والأهمية حينما اعتراف الوالد ببعض الإنجاز .

وكان والد المريض حيـاً وفى تمريض بالمنزل، حيث زاره المريض بـ[illegible]ـام، وفى إحدى المناسبات، ذهب «ليرى» لوالده مملوءاً بتوقعات مرتفعة، واستنتج صفقة عمل ناجحة، وعندا بدأ يصف إنجازاته لوالده، تجاهل الأخير كلية

ملاحظات إبنه ووبخه بشدة لإرتداء قميص قرنفلى اللون، الذى اعتبره غير مهنى. مثل هذه الإستجابة من الأب لم تكن غير عادية، ولكن فى هذا الوقت، كنتيجة للعمل الذى انجز فى العلاج، استطاع المريض أن يحلل على نحو موضوعى إحساسه المبدئى بالخيبة والشعور العميق بالفشل لعدم إسرار الرجل الأكبر. وبالرغم من أن [illegible] الحالة عابرة من الإكتئاب، فإنها كشفت كذلك للمريض أسلوب حياته المعتمد - استخدامه الآخرين لإمداده بشعور بالقيمة. وأضافت هذه الخبرة بعداً من حقيقة مباشرة للإستبصارات التى تحققت فى العلاج وأعطت المريض الدافعية للتغيير جذرياً لنظام طفولته الخاص بإدراك نفسه فى علاقته بأشكال طرحية والدية .

وتوضح هذه الصورة الإكلينيكية أحد الأهداف الرئيسية للعمل خلال العملية: ويجب أن يدرك الشخص المواقف العادية بطريقة جديدة ويستخدم بعد ذلك مثل هذه الإستبصارات من أجل غرض التغيير(Bemporad, 1982:291) .

وبالرغم من التقارير الناجحة مثل هذا التقرير، فقد وجد الباحثون أن العلاجات السيكودينامية تكون نافعة عرضياً فقط فى حالات الإكتئاب أحادى القطبية (Shapira et al., 1994; APA, 1993' Prochaska, 1984; Berk & Efran, 1983) .

وقد روىّ ملمحين من هذا المجال لشرح فاعليته المحدودة، أولاً، كما لاحظنا من قبل، قد يكون العملاء المكتئبون سلبيين جداً ويشعرون بتعب شديد عند المشاركة تماماً فى مناقشات العلاج وممارسة الإستبصار الخادع الذى يتطلبه العلاج السيكودينامى. قد يصبح العملاء محبطين وينهون العلاج مبكراً حينما لايكون هذا المجال الطويل المدى غير قادر على تقديم الراحة السريعة التى

يبحثون عنها بيأس، وقد بينت المجالات السيكودينامية وعداً أكبر نوعاً ما، بالرغم من أن البحث قد كان محدوداً والنتائج متواضعة (APA 1993, Suartberg & Stiles, 1991) . وبالرغم من أن نتائج الباحثين بأن العلاجات السيكودينامية ذات مساعدة محدودة فى علاج الإكتئاب، فإن [illegible] المحالات تستمر فى الإستخدام على نطاق واسع لمقاومته.

ويعتقد كثير من المعالجين أن هذه العلاجات، قد تكون نافعة، على الأقل، فى حالات الاكتئاب التى تتضمن بوضوح تاريخ الفقد أو الصدمة فى الطفولة، وإحساس مزمن بالفراغ، أو توقعات الذات الصارمة (APA, 1993).

٣ - العلاج السلوكى

Behavioral Therapy

إبتكر «بيتر ليووينسهن» علاجاً سلوكياً مؤثراً لنماذج الاكتئاب أحادى القطبيـــة التى تطابق رأيه بأن مـــثل هذه النمـــاذج تتــعلق بنقص فى عـــدد التدعيمات الإيجابية فى حياة الشخص (Lewinsohn et al., 1990; 1982 Teri & Lewinsohn, 1986)، والمعالجون الذين اتخذوا هذا المجال يعيدوا تقديم العمــلاء إلى أحداث ونشـاطات وجدها العمـلاء ذات مرة سـارة، ويدعم المعالجون كذلك على نحو منهجى السلوك غير الاكتئابى ويساعدوا العملاء على تحسين مهاراتهم البينشخصية .

إعادة تقديم احداث سارة: يحدد المعالج بداية النشاطات التى يعاد تدع[illegible] بجعل العميل يراقب نشاطاته اليومية ويستوفى قائمة أحداث [illegible] وقائمة نشاط. وإذا ماأعطيت هذه المعلومات، فإن المعالج ينتقى حي[illegible]

عشرة نشاطات على نحو التقريب التى يعتبرها العميل سارة، مثل الخروج للتسوق أو أخذ صور فوتوغرافية، ويشجع العميل على إعداد قائمة أسبوعية للإنشغال بها (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn et al., 1969). وفى بعض الأحيان يصاغ حتى عقد رسمى، الذى يتعهد فيه العميل بالإنغماس فى نشاطات سارة على نحو أكثر ويتعهد أحد أعضاء الأسرة أو الأصدقاء بمكافأة العميل من أجل عمل هذا. وقد بين الطلاب أن إعادة تقديم نشاطات منتقاة بهذه الطريقة يؤدى إلى زيادة المشاركة فى النشاطات ويحسن المزاج (Terif Lewinsohn, 1986; Lewinsohn & Graf, 1973). وبسط .

وصف الحالة التالية هذه العملية: كانت هذه المريضة ربة بيت فى التاسعة والأربعين من العمر نمى أطفالها ولم يعدوا يعيشون فى المنزل «كان إهتمامها الرئيسى فى الحياة هو الرسم بالزيت، وكانت حقاً فنانة منجزة، لديها اكتئاب يتسم بالخمول، وانحطاط ذاتى، والقلق فى حين كانت مصابة بآفة تنفسية شديدة. وكانت غير قادرة على الرسم خلال مرضها وفقدت الإهتمام والثقة فى عملها الفنى حينما أصبحت مكتئبة، وظن معالجها أنها يمكن أن تعيد مصادر «إعادة تدعيمها» إذا أمكن دفعها أن تعود إلى الحامل. وبعد تقسيم علاقة مدعمة لمدة شهر، خطط المعالج لزيارة منزلية للنظر إلى رسومها ومراقبتها والحديث معها حينما إلتقطت فرشاتها ووضعت يدها على الكانفا. وبحلول وقت وصوله، كانت قد بدأت من قبل فى الرسم وفى أسابيع قليلة خبرت نقص تدريجى فى اكتئابها (Liberman & Raskin, 1971: 521).

إعادة تدعيم السلوك غير الاكتئابى :

يجادل السلوكيون بأنه عندما يصبح الناس مكتئبين، فإن السلوك التكيفى القديم مثل الذهاب إلى العمل يميل إلى أن يُستبدل بسلوك سلبى واكتئابى مثل الشكوى، والبكاء، وانتقاص قيمة الذات، والسلوك الذى يصلح [illegible] هذا النموذج، فقد يستخدم المعالجون مجال إدارة الإحتمال، إنهم يتجاهلون على نحو منهجى سلوك العميل الإكتئابى في حين يعطون إنتباهاً ومكافآت أخرى لتقريرات وسلوك بنائيين. وقد يستخدم المعالجون كذلك أعضاء الأسرة والأصدقاء كجزء من هذا المجال، موجهونهم إلى تجاهل سلوكيات العميل الاكتئابية ويكافئون السلوكيات التكيفية(Liberman && Raskin, 1971)،

تعليم مهارات اجتماعية: حينما يتصرف الناس المكتئبون بكآبة فى المواقف الاجتماعية، فإن الناس حولهم يحتمل أن يشعروا بعدم الراحة ويبقون على ابتعادهم. والشخص المكتئب يُحرم حينئذ من مصدر تدعيم هام للسلوك الاجتماعى الإيجابى. وهكذا يجادل «لوينسهون» ومعالجون سلوكيون آخرون بأن الناس المكتئبين يجب تعليمهم، أو على الأقل إعادة تعليمهم ممارسة مهارات اجتماعية فعالة .

وفى إحدى برامج العلاج الجماعى لتقوية المهارات الاجتماعية للعملاء المكتئبين، المسماة التدريب على الفاعلية الشخصية، يُطلب من أعضاء الجماعة إعادة تكرار مجموعة متنوعة من الأدوار الاجتماعية مع كل منهم الآخر كطريقة لتحسين سلوكيات «تعبيرية» مثل الإتصال بالعين، والتعبير الوجهى ونغمة الصوت، والوقفة.

وتشير الدراسات إلى أن التفاعلات الاجتماعية للعملاء المكتئبين تؤدى إلى تحسنهم تحت هذه التقنيات (Hersen et al., 1984, King et al., 1947).

فاعلية علاج لوينسهون السلوكى: يبدو أن تقنيات «لوينسهون» السلوكية ذات مساعدة قليلة حينما تطبق واحدة فقط منها، فحينما أعطيت مجموعة واحدة من الناس المكتئبين تعليمات لزيادة نشاطاتها السارة على مدى مدة أسبوع وأخبرت ببساطة مجموعة ضابطة من الأشخاص المكتئبين لمراقبة نشاطاتهم على مدى نفس الفترة من الزمن، لم تبين أى مجموعة أى تحسينات (Hamman & Glass, 1975) .

ومن الناحية الأخرى، فإن برامج العلاج التى تمزج عدداً من تقنيات، «لوينسهون السلوكية تبدو أنها تخفض الأعراض الاكتئابية، بصفة خاصة إذا كان الاكتئاب خفيفاً أو معتدلاً (Lewinsohn et al., 1990, 1984; Teri & Lewinsohn, 1986) . وفى سلسلة من الدراسات، وجد «لوينسهون وزملاؤه» (١٩٨٢) أن العملاء المكتئبين الذين تلقوا مزيجاً من العلاجات السلوكية تحسنوا غطياً من مستويات الاكتئاب المعتدلة أو المنخفضة .

وفى السنوات الحديثة خصص «لوينسهون وزملاؤه» برنامج علاج جمعى شامل يتكون من محاضرات، نشاطات بحجرة الدراسة، ومخصصات واجب منزلى وحتى كتاب مدرسى موجه للعملاء المكتئبين (Teri & L winsohn, 1986; Lwinsohn et al., 1984). وجدول هذا البرنامج الجماعى الذى يتكون من جلسات جماعة مدة كل منها ساعتان على مدى ثمانية أسابيع، ويبدو أنه يخفض الأعراض الاكتئابية على نحو أساسى فى ٨٠٪ من العملاء ويساعد العملاء على المحافظة على هذه المكاسب. ولسوء الحظ، أثبت المجال مرة أخرى، أنه أقل مساعدة للناس المكتئبين بشدة منه لأولئك الذين يكونوا مكتئبين على نحو خفيف أو معتدل.

٣ - العلاج النفسى البينشخصى

Interpersonal Psychotherapy

خلال الثمانينات، إبتكر الباحثون الإكلينيكيون «[illegible]الد كليرمان وما[illegible] [illegible] [illegible] أحادى القطبية المعروفة بالعلاج النفسى البينشخصى .Weissman, (Hlerman [illegible] (Klerman et al., 1984'1992 القائمة على مقدمة أن «ال[illegible]ب، بصرف النظر عن نماذج الأعراض، والشدة، والإستهداف البيولوجى [illegible] السمات الشخصية يحدث فى سياق بينشخصى وأن توضيح وإعا[illegible] تفاوض هذا السياق... يكون هاماً لشفاء الشخص» (Weis[illegible]an et al., 1982: 269) .

وبإفتراض مجموعة متنوعة من المفاهيم والتقنيات [illegible] المعالجين السيكوديناميين، والإنسانيين، والسلوكيين، فإن المعالجين البينش[illegible]يين IPT يبذلون مجهوداً مُتفق عليه لتنقيح المشاكل البينشخصية التى [illegible]قدون أنها تصحب الأداء الاكتئابى. على مدى تنظيم اثنى عشرة أو ستة [illegible] جلسة أسبوعية يساعدون فيها العملاء على تنمية استبصارات داخ[illegible]راعاتهم البينشخصية، وتغيير مواقفهم الاجتماعية، وإكتساب مهارات اج[illegible] .

تناول مجالات خاصة بالمشاكل البينشخصية الرئيس[illegible]: يعتقد المعالجون البينشخصيون أن العلاج للأشخاص المكتئبين يجب أن [illegible]ل على الأقل أحد أربعة مجالات خاصة بمشاكل بينشخصية. أولاً، قد يكو[illegible] [illegible]خص المكتئب، كما يقترح المنظرون السيكوديناميين، شاعراً برد فعل حز[illegible] [illegible]سبب فقد شخص محبوب مهم. فى مثل هذه الحالات، يشجع معالجو IPT [illegible]ملاء على التفكير بخصوص الفقد، ويرتادوا علاقتهم بالشخص المفقود، و[illegible]رفوا ويعبروا عن مشاعر الغضب تجاه الراحل. ولأن العملاء يصيغوا نواح[illegible] [illegible]ديدة لتذكر الشخص المفقود، فإنه يتوقع منهم كذلك أن ينموا علاقات جديدة من أجل «ملء الحيز الفارغ» Fill the empty space .

ثانياً، غالباً مايجد الأشخاص المكتئبون أنفسهم فى وسط نزاع خاص بالأدوار البينشخصية، طبقاً للمعاجلين البينشخصين .

وتحدث [illegible] حينما يكون لشخصين توقعات مختلفة بخصوص علاقتهما وبخصوص الدور الذى يجب أن يلعبه كل منهما. وقد تؤدى مثل هذه النزاعات إلى فتح الصراعات أو الإستياءات الغاضبة والمشاعر المكتئبة. ويساعد المعالجون البينشخصيون العملاء على ارتياد أى نزاعات أدوار فى علاقتهم.. وعلى مر منهج العلاج، قد يساعد المعالجون كذلك العملاء على تنمية وتتبع استراتيجيات لحل نزاعاتهم الخاصة بالأدوار .

وقد يخبر الأشخاص المكتئبون كذلك انتقال أدوار بينشخصية. وقد يجد الناس صعوبة كبيرة فى مواجهة تغيرات حياتية دالة، مثل الطلاق أو مولد طفل. وكما مع رد فعل حزين، قد يخبروا التغير نفسه كفقد، ولكن مايشعرون به عادة حتى بشغف أكثر هو عدم القدرة على مواجهة تغير الدور الذى يصحب الفقد، من الممكن لأنهم يدركوا الموقف كمهدد لتقديرهم الذاتى والإحساس بالهوية .

وفى مثل هذه الحالات يساعد المعالجون البينشخصيون العملاء على استعراض وتقييم أدوارهم القديمة، وإرتياد الفرص المقدمة بواسطة الأدوار الجديدة، وتنمية نظام المساندة الاجتماعية والمهارات التى تتطلبها الأدوار الجديدة. ويتوقع سيادة الأدوار الجديدة لإنتاج إحساس بالتفاؤل ولمساعدة استعادة التقدير الذاتى للعملاء .

والمجال الرابع للمشاكل البينشخصية الذى قد يصحب الإكتئاب هو وجود بعض العيوب البينشخصية، مثل خجل مفرط، وحساسية لإحتياجات الآخرين، والإرتباك الاجتماعى. وطبقاً «لكريمان وويسمان» فإن الأشخاص المكتئبين الذين لديهم تاريخ من العلاقات البينشخصية غير الكافية أو غير [illegible] مثل هؤلاء الناس أن يكونوا قد خبروا عدداً من العلاقات الممزقة بشدة كأطفال ولم يحصلوا إطلاقاً على علاقات حميمة ثابتة كراشدين، ويستخدم المعالجون البينشخصيون إجراءات سيكودينامية لمساعدة هؤلاء العملاء على تبين والتغلب على صدمات ماضية وتحديد الصراعات التى أعاقت تطورهم الاجتماعى. وقد يستخدمون كذلك تقنيات سلوكية مثل التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب التوكيدى لتحسين فاعلية العميل الاجتماعية. وفى مناقشة العلاج التالى، يشجع المعالج العميل على تبين التأثير الذى لسلوكه على الآخرين .

العميل: (بعد توقف طويل مع عينين منكسرتين، وتعبير وجهى حزين، وجلسة مترهلة) يسخر الناس دائماً منى. أخمن أننى مجرد شاب تافه يعنى به حقيقة أنه أعزل، ياللعنة (تنهيدة عميقة) .

المعالج: هل تستطيع أن تفعل ذلك مرة ثانية لى ؟

العميل: ماذا ؟

المعالج: التنهيدة، فقط أعمق قليلاً .

العميل: لماذا؟ (توقف) أوكاى، ولكنى لاأرى ماذا.. أوكاى (يتنهد العميل مرة ثانية ويبتسم) .

المعالج: حسناً، تلك المرة إبتسمت، ولكن فى الغالب عندما تتنهد وتنظر هكذا حزيناً أشعر من الأفضل أن أتركك وحيداً فى بؤسك، إننى يجب أن أسير على قشر بيض وأننى لن أحصل على ود كثير أو ربما أوذيك حتى أكثر.

العميل: (قليل من الغضب فى صوته) حسناً، أعذرنى! كنت أحاول فقط أن أخبرك بما شعرت به.

المعالج: أعرف أنك شعرت بالبؤس، ولكنى أيضاً حصلت على الرسالة بأنك أردت أن تبقينى بعيداً، إننى لم أحصل على طريقة للوصول إليك.

العميل: (ببطء) أشعر كما لو كنت أعزلاً، أشعر أنك حتى لاتهتم بى - تسخر منى .

المعالج: أتساءل إذا كان أناساً آخرين يحتاجون أن يمروا بهذا الإختبار أيضاً (Young & Beier, 198: 270) .

فاعلية العلاج البينشخصى: تشير دراسات شاملة عديدة مؤثرة ومنهجية إلى أن العلاج البينشخصى ومجالات بينشخصية متعلقة تكون فعالة فى علاج حالات خفيفة إلى شديدة من الاكتئاب أحادى القطبية (Elkin, 1994; Mason. et al., 1994; Klerman & Weissman, 1992). ووجدت هذه الدراسات أن الأعراض تختفى كلية على نحو التقريب فى ٥٠٪ إلى ٦٠٪ من العملاء المكتئبين الذين تلقوا علاجاً بينشخصى. وقارنت إحدى الدراسات تقدم العملاء المكتئبين الذين تلقوا ستة عشر أسبوعاً من العلاج البينشخصى مع ذلك الخاص بالعملاء الضابطين الذين لم يتلقوا هذا العلاج (Klerman & Weissman, 1992; Weissman et al., 1979). وأشارت تقديرات ذاتية وتقييمات إكلينيكية إلى أن عملاء العلاج البينشخصى خبروا

إنخفاضاً دالاً أكبر على نحو دال فى الأعراض الإكتئابية من العملاء الضابطين. علاوة على ذلك، بالرغم من أن تحسناً مقارناً فى الأداء الإجتماعى لم يكن ظاهراً خلال فترة العلاج نفسها، فقد لاحظ الباحثون بعد سنة لاحقة أن عملاء العلاج البينشخصى كانوا يؤدون على نحو أكثر فاعلية من العملاء الضابطين فى نشاطاتهم الاجتماعية وفى أسرهم. وعلى أساس مثل هذه النتائج، يُستخدم العلاج البينشخصى بشكل متكرر للعملاء المكتئبين، بصفة خاصة مع أولئك الذين يناضلون مع الصراعات النفسية الاجتماعية، سواء فى العمل أو فى الزواج، أو الذين يكونوا فى وسط تفاوض انتقال فى حياتهم العملية أو الدور الإجتماعى (APA, 1993) .

٤ - العلاج المعرفى

Cognitive Therapy

ينظر أرون بيك A. Beck إلى الاكتئاب أحادى القطبية كنتيجة لسلسلة من أخطاء معرفية. ويعتقد «بيك» أن الأشخاص المكتئبين لديهم اتجاهات سيئة التكيف تؤدى إلى طرق متحيزة على نحو سلبى من رؤية أنفسهم، والعالم، ومستقبلهم - المسماة الثالوث المعرف. وهذه الآراء المتحيزة تمتزج بتفكير غير منطقى لإنتاج أفكار تلقائية، وأفكار سلبية قاسية تغمر العقل، وتولد أعراض الاكتئاب .

وابتكر «بيك» علاجاً معرفياً للاكتئاب أحادى القطبية الذى يساعد العملاء على تبين وتغير عملياتهم المعرفية المختلة وظيفياً، ومن ثم تحسين كل من مزاجهم وسلوكهم (Beck, 1993, 1985, 1967). والعلاج الذى يتطلب عادة اثنى عشرة جلسة أو عشرين جلسة، يماثل علاج «ألبرت إيليس» A. Ellis العقلانى الانفعالى ولكنه مصمم أكثر للأخطاء المعرفية المعينة الموجودة فى الاكتئاب. ويبدأ العلاج بتقدير كاملا لأعراض العملاء، متبوعاً بأربعة مراحل متابعة من العلاج .

المرحلة الأولى: زيادة النشاطات والمزاج المرتفع :

إعتقاداً بأن الأشخاص المكتئبين يمكن أن يستفيدوا من المشاركة فى مزيد من النشاطات، فإن المعالجين يحددوا المرحلة بالنسبة للعلاج المعرفى بتشجيع العملاء على أن يصبحوا أكثر نشاطاً وثقة، ويستخدم مجال يشبه السلوكى يقضى فيه المعالج والعميل وقتاً خلال كل جلسة يعدون قائمة مفصلة بنشاطات مستمرة فى الأسبوع القادم. وقد تقتصر القائمة الأسبوعية المبدئية على مثل هذه النشاطات البسيطة كزيارة صديق وتناول الغذاء مع أعضاء الأسرة، وبالتدريج تصبح المخصصات أكثر تحدياً، ولكن فى متناول يد العميل، وحينما يصبح العملاء أكثر نشاطاً من أسبوع إلى أسبوع، يتوقع تحسن مزاجهم. ومن الواضح، أن هذا الشكل من العلاج يماثل مجال «لوينسهون» السلوكى. ويعتقد بيك، مع ذلك، أن الزيادات فى النشاطات والتحسينات فى المزاج التى تنتج بواسطة هذا المجال لن تؤدى بنفسها بخروج الشخص من أدائه الاكتئابى؛ فالتدخلات المعرفية يجب أن تلى. ويقدر مايدمج «بيك» التقنيات السلوكية فى المرحلة المبكرة من العلاج، فيحتمل بمزيد من الدقة تسمية مجاله الشامل معرفى - سلوكى فضلاً عن تدخل معرفى محض .

المرحلة الثانية: فحص وإبطال الأفكار التلقائية :

بمجرد أن يكون العملاء نشطين نوعاً ما مرة ثانية ويشعرون ببعض الشفاء من اكتئابهم، يكونوا قادرين على نحو أفضل للملاحظة والتفكير فى أنفسهم، ويساعد المعالجون المعرفيون بعد ذلك على تعل[illegible] أفكارهم التلقائية السلبية الصارمة، تخصيص «واجب منزلى يجب أن يتبين فيه العميل ويسجل الأفكار كما تحدث. وتعطى حتى لبعض العملاء إرشادات لإستخدام ضربات المعصم لمساعدتهم على أن يصبحوا على وعى بكيفية الأفكار التلقائية الكثيرة التى يخبرونها أثناء اليوم .

وتُستعرض الأفكار التلقائية بعد ذلك فى جلسة العلاج، والعميل، بالطبع، يأخذ فى الإعتبار الأفكار الواقعية، ولكن المعالج يشك فى صدقها. وفى جلسة بعد جلسة، ينغمس المعالج والعميل فى شكل من الإمبريقية التعاونية التى يختبران فيها الحقيقة الموضوعية وراء الأفكار وغالباً مايستنتجوا أنها لاأساس لها، ويقدم «بيك» التبادل التالى كمثال لهذا النوع من الإستعراض .

المعالج: لماذا تظن أنك لن تكون قادراً على أن تُحصِل فى الجامعة التى من اختيارك ؟

المريض: لأن درجاتى لم تكن مرتفعة هكذا ؟

المعالج: حسناً، ماذا كان متوسط درجاتك؟

المريض: حسناً، تميل إلى أن تكون جيدة على نحو بارع حتى الفصل الأخير فى المدرسة العالية .

المعالج: ماذا كان متوسط درجاتك بصفة عامة ؟

المريض: كانت A و B .

المعالج: حسناً، كم من كل منهما ؟

المريض: حسناً، أضمن أن كل درجاتى كانت A'S ولكنى حصلت على درجات مخفضة فى فصلى الأخير .

المعالج: ماذا كانت درجاتك حينئذ ؟

المريض: حصلت على اثنين A'S واثنين B'S .

المعالج: حيث أن متوسط درجاتك يمكن أن تبدو لى أنها تتركز تقريباً على A'S ، لماذا تظن إنك لن تكون قادراً على دخول الجامعة ؟

المريض: لأن التنافس صارم جداً .

المعالج: هل اكتشفت ماهو متوسط الدرجات من أجل الإعتماد إلى الكلية؟

المريض: حسناً، شخص ماأخبرنى أن متوسط +B سوف يكفى .

المعالج: أليس متوسطك أفضل من ذلك ؟

المريض: أظن هذا (Beck et al., 1979: 153).

المرحلة الثالثة: تحديد التفكير المشوه والتحيزات السلبية :

عندما يبدأ العملاء فى تبين الأخطاء فى تفكيرهم التلقائى، فإن المعالجين المعرفيين يبينون لهم كيف أن عمليات تفكيرهم اللامنطقية قد تساهم فى هذه الأفكار. والطالبة المكتئبة كانت تستخدم تفكير الكل - أو - لاشىء (ثنائى) حينما استنتجت أن أى درجة أقل من A كانت فشلاً .

وبينما يستعرض العملاء أفكارهم التلقائية وأخطاءهم فى التفكير، فإن المعالجين يساعدونهم كذلك على تبين أن كل تفسيراتهم للأحداث تقريباً بها تحيز سلبى. وقد تُستخدم تقنيات متنوعة لمساعدة العملاء على تحديد وتغيير أسلوبهم المتحيز فى التفسير. ومع اللوم الذاتى للعملاء، على سبيل المثال،

غالباً مايستخدم المعالجون تقنيات إعادة العزو لتحديد أسباب ممكنة للمشاكل غير أنفسهم. ويقدم «بيك» المثال التالى لهذا التكنيك :

المريض: لاأستطيع أن أخبرك كم من الخطأ عملت من الأشيا... لقد عملت خطئاً رئيسياً آخر من الحُكم الذى يمكن أن يفقدنى عملى

المعالج: أخبرنى ماذا كان الخطأ فى الحُكم.

المريض: لقد صدقت على سلفة تلاشت بالكامل. لقد اتخذت قرا... سيئاً جداً .

المعالج: هل تستطيع تذكر المحددات الخاصة بالقرار ؟

المريض: نعم، أتذكر أنه بدا جيداً على الورق، متوازنة جيداً، معدل إعتماد جيد، ولكن كان يجب على أن أعرف أنه ستوجد مشكلة

المعالج: هل حصلت على كل المعلومات الثابتة فى ذلك الوقت فى قرارك ؟

المريض: ليس فى ذلك الوقت، ولكنى وجدتها بالتأكيد بعد ٦ أسابيع . لقد دفعت إلى عمل قرارات مربحة، وليس لأبحثر نقود...

المعالج: أفهم موقفك، ولكنى أريد أن استعرض المعلومات التى حصلت عليها فى الوقت الذى كان قرارك فيه مطلوباً، وليس بعد ٦ أسابيع من اتخاذ القرار .

وحينما استعرض المعالج والمريض المعلومات الثابتة ... فى وقت قراره، فإن المريض استنتج على نحو معقول أن قراره المبدئى كان قائماً على مبادئ بنكية سليمة، ولقد تذكر حتى مراجعة الخلفية المالية ... على نحو مكثف. و تمت مساعدة المريض بواسطة طريقة إعادة العزو (Beck et al., 1979: 188) .

المرحلة الرابعة: تغيير الإتجاهات الأولية:

فى المرحلة النهائية من العلاج، يساعد المعالجون العملاء على تغيير إتجاهاتهم الأولية، والإعتقادات المركزية التى جعلتهم على إستعداد للاكتئاب فى المحل الأول. وخلال المراحل الثلاثة الأولى من العلاج، يكون كثير من العملاء قد بداوا فى رؤيه سوء فاعليه اتجاهاتهم ويكونوا قد بداوا فى تغييرها من أنفسهم .

وبتشجيع العملاء على اختبار اتجاهاتهم، فإن المعالجين يستطيعون أن يقوموا بمراجعات إضافية، كما فى المناقشة التالية الخاصة بالعلاج :

المعالج: على ماذا تؤسسى هذا الإعتقاد بأنك لاتستطيعى أن تكونى سعيدة بدون رجل ؟

المريضة: لقد كنت مكتئبة حقيقة لمدة سنة ونصف حينما كنت بغير رجل .

المعالج: هل يوجد سبب آخر لاكتئابك ؟

المريضة: كما ناقشنا، كنت أنظر فى كل شىء بطريقة مشوهة، ولكنى لازلت أعرف إذا كان من الممكن أن أكون سعيدة إذا لم يهتم أحد بى .

المعالج: إنى لاأعرف أيضاً، هل توجد طريقة نستطيع بها أن نكتشف ؟

المريضة: حسناً، كتجربة، لاأستطيع أن أخرج من التواريخ لفترة وأرى كيف أشعر .

المعالج: أظن أن تلك فكرة جيدة. وبالرغم من سلبياتها، فإن الطريقة التجريبية لازالت هى أفضل طريقة حالياً متاحة لإكتشاف الحقائق، إنك حسنة الحظ فى كونك قادرة على إجراء هذا النمط من التجربة، والآن، للمرة الأولى فى حياتك الراشدة لاتكونى مرتبطة برجل. إذا وجدت أنك يمكن أن تكونى سعيدة بدون رجل، فإن ذلك سوف يقويك إلى حد كبير ويجعل علاقاتك المستقبلية كذلك أفضل (Beck et al., 1979: 25-254) .

يتوقع المعالجون أن الإختبارات المتكررة الخاصة بـ والتحديات لاتجاهات أساسية لعميل سوف تساعد العميل على تكوين طريقة تفكير أقل إنهزامية للذات. وهكذا يُزال الجوهر المعرفى للاكتئاب .

فاعلية العلاج المعرفى :

على مر العقود القليلة الماضية، استنتجت حرفياً مئات الدراسات أن الأشخاص المكتئبين على نحو معتدل أو شديد الذين يتلقون علاجاً معرفياً يتحسنون على نحو دال أكثر من الذين يتلقون علاجات لمجرد الترضية أو لاعلاجات على الإطلاق (Hollon & Bec, 1994; Pace & Dixon, 1993; Hollan et al 1993). ويظهر، ٥٠٪ إلى ٦٠٪ على نحو التقريب من العملاء المعالجين بهذا المجال، مثل أولئك المعالجين بالعلاج البينشخصى، تلاشياً للأعراض الإكتئابية .

وتشير الدراسات كذلك إلى أن العملاء الذين يستجيبون لهذا المجال يظهرون تحسنات ثابتة فى أدائهم المعرفى (أى، على نحو تقدمى تشاؤم أقل، وتغيرات إيجابية فى مفهوم الذات) على مر منهج العلاج وأن هذه التحسنات ترتبط بشدة بتحسنات فى الاكتئاب (Pace & Dixon, 1993).

ومن ناحية المساندة البحثية القوية لمجال «بيك»، فإن عدداً متزايداً من المعالجين يطبقونه (Hollon et al., 1993). وابتكر البعض برامج جماعية لجعل العلاج متاحاً بسهولة لعدد أكبر من الناس ([illegible]on, 1985). وإلى هذا الحد يوحى البحث، مع ذلك، أن العلاج المعرفى قد يكن أقل فاعلية فى الجماعات منه فى جلسات العلاج الفردى ([illegible]sh & Watkins, 1981)

ثانيا: علاجات الاضطرابات ثنائية القطبية

حتى حديثاً، كان مقدوراً للناس ذوى اضطرابات ثنائية القطبية أن يقضوا حياتهم على أفعوانة(*) انفعالية

وقرر معالجون نفسيون من توجهات مختلفة أنه لانجاح تقريباً فى علاج الأعراض الهوسية للعملاء ذوى ثنائية القطبية وأن نجاحاً محدوداً جداً فى علاج الأعراض الاكتئابية الثنائية القطبية (Licky & Gordon, 1992)، وبالمثل، فإن المعالجين البيولوجيين وجدوا أن العقاقير المضادة للاكتئاب و ECT شفت عرضياً فقط الأحداث الاكتئابية للدائرة الثنائية القطبية وأن المسكنات والعقاقير المضادة للذهان فشلت فى التأثير على ضخامة فيضان الأفكار المتزايد الذى يميز الأحداث الهوسية (Prien et al., 1974). ولأسباب غير مفهومة بوضوح، استُخدم ECT خلال حدث هوسى مقاطعاً أحياناً الحدث ومستعيداً للسواء (Black et al., 1987 Small, 1985)، ولكن المرضى ذوى الهوس شعروا عادة بخير شديد عند الموافقة بمثل هذا الإجراء المرعب والغير سار.

وفيما يلى، سوف نعرض لطرق العلاج النفسى فقط للاضطرابات ثنائية الوجدان :

العلاج النفسى المساعد

Adjunctive Psychotherapy

نادراً مايعالج الإكلينيكيون المرضى ذوى القطبية الثنائية بالعلاج النفسى وحده (Klerman et al., 1994)، وقد كتب الطبيب النفسى «رونالد فيف» «عندما بدأ العلاج الأولى للذهان الدورى أطلب من المريض أن يتحدث معى عن مشاكله... فى خبرتى لم يحدث كثيراً جداً (Fieve, 1975).

(*) سكة حديد مرتفعة (فى مدينة للملاهى)تتلوى وتنخفض وتجرى فوق قضبانها عربات صغيرة.

وفى الحقيقة لم تجر دراسات ضابطة على فاعلية العلاج النفسى وحده للاضطرابات الثنائية القطبية، حقيقة قد تعكس اتهام الجمعية الإكلينيكية بأن مثل هذه المجالات فى حد ذاتها لاتكفى ببساطة لعلاج هذا الاضطراب [illegible]

وفى نفس الوقت، تعلم الإكلينيكيون أن علاج الليثيوم وحده [illegible] كان دائماً كذلك. وكما رأينا سابقاً، ٣٠٪ إلى ٤٠٪ من المرضى ذوى الاضطرابات ثنائية القطبية قد لايستجيبوا لليثيوم أو ينتكسوا أثناء أخذه (Abou Saleh, 1992; Priven et al., 1984, Davis, 1966).

ويوجد كذلك دليل أن حوالى ٥٠٪ من المرضى الذين يتم علاجهم بالليثيوم لم يتلقوا الجرعة اللائقة: كثيرون لم يأخذوها كما وصف[illegible]، وآخرون توقفوا عن أخذها تماماً ضد نصيحة طبية، ويتلقى البعض وصفات جرعات غير صحيحة (Gelenberg, et al., 1989; Bower, 1987).

بالنسبة لهذه المشاكل، يؤكد كثير من الإكلينيكيين الآن [illegible] النفسى أو «استخدام العلاج النفسى» كعامل مساعد للعلاج بالليثيوم (Graves 1993, Miklowitz & Goldstein 1990 ; Wulsin et al., 1988) وأتيحت العلاجات الفردية، والجماعية، والأسرية على نحو متزايد للمرضى ذوى الاضطرابات ثنائية القطبية لمساعدتهم بالنسبة لمشاكل [illegible] تؤثر فى شفائهم. والإهتمامات التى يتم تناولها على النحو الأكثر شيوعاً [illegible] العلاج النفسى هى:

١ - **إدارة العلاج:** يتم تأكيد أهمية استمرار علاج ملائم بال[illegible] خلال العلاج والتمسك بنظام للعلاج قد يكن مراقباً أو محذوراً (Goo[illegible] & Janison, 1990; Kripke & Robinson, 1985) ويشجع المرضى كذلك على مناقشة أسبابهم لكراهة أو رفض [illegible] قلقهم

تأثيرات الدواء غير المرغوبة، وشعورهم بأنهم فى خير حال لتبين الحاجة لعلاج مستمر، ويخطئون مشاعر الإرتياح التى اعتادوا عليها، أو يكونوا أقل إنتاجاً وإبداعاً حينما يأخذون الليثيوم (Wulsin et al., [illegible] 87).

٢ - **العلاقات الأسرية والإجتماعية:** يكون المرضى ثنائيو القطبية الذين يرجعون إلى أسر ناقدة مفرطة التعقيد أكثر احتمالاً للإنتكاسة فى نطاق تسعة شهور من أولئك المرضى الذين يعيشبون فى جو أسرى أكثر تدعيماً وأقل تطفلاً أو إقتحاماً (Goodwin & Jamison, 1990; Miklowitz et al. 1988).

وهكذا فإن مساعدة المرضى على مواجهة أعضاء الأسرة وتحسين آراء الأسرة يكونا محورين شائعين فى العلاج النفسى. وبينما يشفون، غالباً مايخبر المرضى ذوو الاضطرابات الثنائية القطبية صعوبات رئيسية بينشخصية واجتماعية، تشمل فقد الأصدقاء والمحبين الذين ابتعدوا رعباً أو ينفروا خلال نوبات الثنائية القطبية (Wulsin et al., 1988; Aleksandrowicz, 1980, Donnelly et al., 1978)، وفى العلاج النفسى، قد يُشجع المرضى على ارتياد التفاعل بين المشاكل الاجتماعية والأعراض، وتنمية مهارات اجتماعية وشبكات مساندة، وتبين حدودهم الاجتماعية، وتخفيض الإفراط فى الاستثارة والأسى (Klerman & Weissman,1992; Frank et al. 1990). فقد وجدت دراسة لـ ٦٠ مريضاً ثنائيى القطبية استقروا على الليثيوم أن المساندة الاجتماعية كانت العامل الأكثر إرتباطاً بشدة بنتيجة العلاج (O' Connell et al., 1985).

٣ - **التعليم**: قد يعرف كثير من المرضى وأسرهم قليلاً جداً [illegible] الواقع عن اضطرابهم ثنائي القطبية ويحتاجون إلى أن يتزودوا [illegible] عن الأسباب، والنماذج الشائعة، والمضمونات العملية. وقد لا [illegible] المعالجون النفسيون كثيرا من المعلومات العامة فقط ولكن يستطيع [illegible] أعضاء جماعات العلاج على أن يستفيدوا بما قد علمتهم خبراتهم [illegible] (Van Gent & Zwart, 1991' Wulsin et al., 1988) - .

٤ - **حل المشاكل** : يمكن أن تخلق الاضطرابات ثنائية القطبية [illegible] في كل نواحي الحياة وتدخل في كل مجالات السعي. فالشخص [illegible] يكون، على سبيل المثال، غير قادر على البقاء في المدرسة أو [illegible] عملاً حينما تثار أعراض هوسية أو اكتئابية. وهكذا فإن أحد أدوار العلاج قد تساعد العملاء على تنمية حلولاً للصعوبات المعينة التي يواجهونها (APA, 1993; Kripke & Robinson, 1985) .

واختبرت دراسات ضابطة قليلة فاعلية العلاج النفسي كعلاج [illegible] للعقار بالنسبة للمرضى ذوي اضطرابات ثنائية القطبية، ولكن عدداً نامياً من التقارير الإكلينيكية يوحي بأن استخدامه يؤدي إلى [illegible] أقل بالمستشفيات، وأداء اجتماعي أفضل ومعدلات استخدام [illegible] للعملاء (Clarkin et al., 1990'Miklowitz et al. 1988) وبالرغم من أن الليثيوم هو بوضوح العامل النشط للتحسن الأصيل، فإنه [illegible] بادياً أن العقار أكثر فاعلية للمرضى حينما يمتزج بأشكال أخرى [illegible] العلاج. والعلاج النفسي يلعب حتى دوراً أكثر مركزية في علاج الاضطراب الخاص بالمزاج الدوري، والنموذج ثنائي القطبية الخفيف. ويتلقى المرضى

بهذه المشكلة على نحو نمطي إما علاج نفسي وحده أو بامتزاج مع الليثيوم. ولاتوجد، مع ذلك، دراسات عن ماإذا كانت مثل هذه المجالات تساعد الناس الذين يخبرون هذا النموذج (Kerman et al., 1994).

حالة الميدان

علاجات لاضطرابات المزاج

اضطرابات المزاج في بين الأكثر قابلية للعلاج من كل الاضطرابات العقلية ويمكن مساعدة أكثر من ٦٠٪ من الناس الذين يعانون منها. ويمكن عادة خفض أعراض نماذج الاكتئاب أحادي القطبية أو استئصالها في أسبوعين إلى ٢٠ أسبوعاً؛ وبعد ذلك، ينفصل العلاج بصفة عامة، ليتواصل من جديد إذا تواترت الأعراض الاكتئابية. ويمكن كذلك خفض أعراض الاضطرابات ثنائية القطبية في غضون أسابيع قليلة، ولكن العلاج يجب أن يستمر دون تحديد للمساعدة في منع أحداث مستقبلية من الاكتئاب والهوس .

ويكون اختيار العلاج للاضطرابات ثنائية القطبية ضيقاً وبسيطاً - الليثيوم (أو علاج متعلق)، ربما ممتزجاً بالعلاج النفسي، وهو المجال الوحيد الأكثر نجاحاً. والصورة بالنسبة للنماذج أحادية القطبية للاكتئاب أوسع وأكثر تعقيداً، بالرغم من أنها ليست أقل واعدة. والعلاج المعرفي، والعلاج البينشخصي، والعلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب جميعها تساعد في حالات ذات أي شدة؛ ويساعد العلاج السلوكي في الحالات الخفيفة إلى المعتدلة، و ECT نافع وفعال في حالات شديدة ولم يبزغ أي واحد منفرد من العلاجات باعتباره أفضل بوضوح من العلاجات الأخرى، وتميل امتزاجات العلاج النفسي والعلاج بالعقاقير إلى أن تكون أكثر نفعاً على نحو متواضع من أي مجال منفرد .

لماذا يجب أن تكون مجالات عديدة جداً فعالة على نحو مرتفع فى علاج نماذج الاكتئاب أحادى القطبية ؟

بالرغم من أن إكلينيكيين لايعرفون حتى الآن، فقد تلقى [illegible] تفسيران بعض التصديق. أولاً، يبدو معقولاً أن إزالة أى من العوامل [illegible] تساهم فى الاكتئاب أحادى القطبية قد تعزز تحسينات فى كل مجالات الأداء، تماماً كما يبدو معقولاً بالنسبة لعامل عرضى أن يثير عواملاً أخرى كثيرة ويخلق حالة من الاكتئاب أحادى القطبية فى المحل الأول. وقد وجدت الدراسات التى تدعم هذا التفسير أنه عندما يكون علاج معين فعالاً، فإن العميل يبدو أنه يتحسن فى مجالات الأداء (Elkin, 1994) . وتؤدى العقاقير المضادة للاكتئاب، على سبيل المثال، إلى بعض من نفس التحسينات فى الأداء المعرفى كما يفعل علاج «بيك» المعرفى (Fava et al., 1994; Reda et al., 1985).

ويقترح التفسير الثانى وجود أنواع متنوعة من الاكتئاب أحادى القطبية، يستجيب كل منها إلى نوع مختلف من العلاج، ووجد الباحثون فى الواقع أن الاكتئابات أحادية القطبية ذات الملامح الخاصة تستجيب أحياناً على نحو أفضل لأحد أشكال العلاج منها للآخر. وقد أشارت الدراسات إلى أن العلاج البينشخصى أكثر نفعاً فى الاكتئابات المعجلة بعوامل [illegible] منه فى الاكتئابات ذات المنشأ الداخلى (Prusoff et al., 1980) فى حين أن العلاجات المضادة للاكتئاب أكثر إحتمالاً من العلاجات الأ[illegible] لأن تكون مساعدة بالنسبة لحالات تتميز بمشاكل الشهية والنوم، والظهور [illegible] وتاريخ أسرى من الاكتئاب (Mc N[illegible] & Cimbolic, 1986; Byren & Stern, 1981)

ومهما كان التفسير الأقصى، فلا يوجد شك أن صورة العلاج الحالى واعدة جداً للناس ذوى النماذج أحادية القطبية من الاكتئاب ولأولئك ذوى الاضطرابات ثنائية القطبية. والفروق هى أن واحداً أو مزيجاً من العلاجات المستخدمة سوف تخفف اعراضها .

ومن ناحية أخرى، تبقى الحقيقة المختصرة بأن مايصل إلى ٤٠٪ من الناس ذوى اضطراب مزاجى لايتحسنون تحت العلاج ولابد أن يعانوا من هوسهم أو اكتئابهم إلى أمد طويل .

الملخص:

- اضطرابات المزاج هى بين معظم كل الاضطرابات العقلية القابلة للعلاج: أكثر من ٦٠٪ من الناس ذوى هذه الاضطرابات يمكن مساعدتهم. واستخدمت سلسلة واسعة من المجالات فى إدارة الاكتئاب أحادى القطبية، وابتكرت علاجات أقل للاضطرابات ثنائية القطبية. وتوجد تدخلات بيولوجية تسود المجال .
- المعالجون السيكوديناميون يحاولون أن يساعدوا العملاء ذوى الاكتئاب أحادى القطبية على أن يصبحوا واعين بـ ويعملون خلال افتقاداتهم الحقيقية أو المتخيلة واعتمادهم المتزايد على الآخرين. وبالرغم من أن البحث قد بين أن العلاجات السيكودينامية لاتساعد دائماً فى حالات الاكتئاب أحادى القطبية، فإنها لازالت تُستخدم على نطاق واسع .
- فى المجال السلوكى يعيد المعالجون تقديم عملائهم للأحداث والنشاطات التى وجدها العملاء سارة. ويدعم المعالجون أيضاً على نحو منهجى السلوكيات غير الاكتئابية ويتعلموا المهارات الفعالة البينشخصية، وإذا تحققت النتائج، فإن عديداً من هذه التقنيات يجب أن تُطبق على نحو

متزامن. ويكون مثل هذا العلاج فعالاً مبدئياً للناس المكتئبين على نحو خفيف أو معتدل .

✪ العلاج البينشخصى (IPT) يقوم على الإفتراض بأن الاكتئاب ينبع من مجالات المشاكل البينشخصية. ويحاول هؤلاء المعالجون أن ينقحوا المشكلة التى تؤسس الاكتئاب بمساعدة العملاء لتنمية استبصار فى هذه المجالات من المشكلة، وتغييرها ، وتعلم المهارات لحماية العملاء فى المستقبل. ويوحى البحث أن IPT يكون فعالاً فى الغالب لعلاج حالات الاكتئاب أحادى القطبية الخفيفة إلى الشديدة .

✪ العلاج المعرفى للاكتئاب يساعد العملاء على تحديد وتغيير عملياتهم المعرفية المختلة وظيفياً. ويعتبر هذا فى الوقت الحالى أحد أهم المجالات الفعالة فى علاج الاكتئاب .

✪ قد برهن الليثيوم على أنه فعال فى تخفيف والوقاية من كل من الهوس والأحداث الاكتئابية للاضطرابات ثنائية القطبية. وبصفة عامة ليس نافعاً جداً فى علاج الاكتئاب ثنائى القطبية. وبالرغم من أن الميكانيزم الذى ينجح به الليثيوم غير مفهوم كلية، فإن الباحثين يشكون أنه قد يؤثر فى مقدمى الرسائل الثانية، أو يتفاعل مع أيونات الصوديوم فى موصلات عصبية معينة .

وفى السنوات الحديثة قد أصبح واضحاً أن الليثيوم وحده لا يكفى دائماً لعلاج الاضطرابات ثنائية القطبية وأن المرضى يعملون على نحو أفضل بمزيج من العقار وأشكال أخرى من العلاج. ولذلك يكرس كثير من الإكلينيكيين الآن العلاج النفسى كملحق بالعلاج بالليثيوم. والقضايا التى تتناول الآن على النحو الأكثر شيوعاً فى العلاج النفسى للمرضى ذوى الثنائية القطبية هى إدارة العلاج، والعلاقات الأسرية والاجتماعية، والتعليم، وحل المشاكل

مراجع الفصل السابع:

1- Abou- Saleh, M.(1992). Lithium, In E. Payel (Ed.), Handbook of Affective Disorders. New York: Guilford.

2- Aleksandrowicz, D. (1980). Psychoanalytic studies of mania, In R. Belmaker & H. Van Praag (Eds.), Mania: An evolving concept. Jamaica, NY: Spectrum.

3- American Psychiatric Assoc. (1993). Practice Guideline for Major Depressive Disorder in Adults. Washington, DC.: Author.

4- Arieti, S., & Bemporad, J. (1978). Severe and mild depression: The psychotherapeitic approch. New York: Basic Book.

5- Beck, A. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper & Row.

6- Beck,A. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. In A. Tuma & J. Master (Eds.), Anxiety and the anxiety disorders. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

7- Beck, A. (1993). Cognitive approaches to stress. In P. Leher & R. Woolfolk (Eds.), Principles and Practice of Stress Management (2nd ed.). New York: Guilford.

8- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford.

9- B[illegible]porad, J. (1992). Psychoanalytically orientated [illegible] of Affective Disorders. New York: Guilford.

10- B[illegible]k, S., & Efran, J. (1983). Some recent developments in the treatment of neurosis. In C. Walker et al. (Eds.), The handbook of clinical psychology: Theory, research, and practice (Vol. 2). Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

11- B[illegible]ver, B. (1987). What's in the cards for manic depression? The surprisingly harsh and long-lived mood swings of manic depression are charted in a closetful of cards. Science News.

12- B[illegible]ne, K., & Stern, S. (1981). Antidepressant medication in the outpaient treatment of depression: Guide for nonmedical psychotherapists. Profess. Psychol., 12(3), 302- 308.

13- [illegible]k, L., & Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders, J. Abnorm. Psychol., 103 (1), 103-116.

14- Davis, J. (1976). Overview: Maintenance therapy in psychiatry: II. Affective disorders. Amer. J. Psychiat., 133, 1-13.

15- Fidelson, J. (1985). Cognitive group therapy for depression: Why and what. Inter. J. Ment. Heth., 13, 54- 66.

16- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaporative Research Program: Where we began and where we are. In A. Bergin & S. Garfiel (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.). New York: Wiley.

17- Fava, M., Bless, E., Otto, M., Pava, J., & Rosenbaum, J. (1994). Dysfunctional attitudes in major depression. J. Nerv. Ment. Dis., 182. (1), 45-49.

18- Fieve, R. (1975). Moodswing. New York: Morrow.

19- Frank, E., Kupfer, D., Perel, J., Cornes, C., Jarrett, D., & Mallinger, A. (1990). Three-Year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. Arch. Gen. Psychiat., 47(12), 1093- 1099.

20- Gelenberg, A., Kane, J., Keller, M., Lavori, P., Rosenbaum, J., Cole, K., & Lavelle, J. (1989). Comparison of standard and low serum levels of lithium for

maintenance treatment of bipolar disorder. New Engl. J. Med., 321 (22), 1489- 1493.

21- Gillman ... 1990). The oedipal organization of shame: The analysis of a phobia. psychoanalytic Study of the Child, 45, 357- 375.

22- Goodw... F.,& Jamison, K. (1990). Manic-Depressive Illness. New York: Oxford Up.

23- Graves, ... 1993). Living with mania: A study of outpatient group psychotherapy for bipolar. Amer. J. Psychother., 47 (1), 113-126.

24- Hamm..., C., & Glass, D. (1975). Expression, activity, and evaluation of reinforcement. J. Abnorm. Psychol., 84 (6), 718- 721.

25- Herse... M., Bellack, A., Himmelhoch, J., & Thase, M. (1984). Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. Behav. Ther., 15, 21-40.

26 Ho... S., & Beck, A. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies and behavior change (4th ed.). New York: Wiley.

27- Hollon, S., Shelton, R., Davis, D. (1993). Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy. J. Cons. Clin. Psychol., 61 (2), 270-275

28- Jacobson, E. (1975). The psychoanalytic treatment of depressive patients. In: E. Anthony & T. Benedek (Eds.), Depression and human existence. Boston: Little, Brown.

29- Jamison, K. (1987). Psychotherapeutic issues and suicide prevention in the treatment of bipolar disorders. In R. Hales & A. Frances (Eds.), Psychiatric Update: American Psychiatric Association annual review (Vol. 6). Washington, DC.: American Psychiatric Press.

30- Karon, B. (1985). Omission i review of treatment interactions. Schizo. Bull., 11 (1), 16-17.

31- Karon, B. (1988). Cited in T. De Angelis, "Resistance to therapy seen in therapists too". APA Monior, 19(11), 21.

32- King, L., Liberman, R., & Roberts, J. (1974). An evaluation of personal effectiveness treaining (assertive

training): A behavior group therapy. Paper presented at 31st Annual Conference of American Group Psychotherapy Association, New York.

34- Klerman, G., (1984). Characterologic manifestations of affective disorders: Toward a new conceptualization: Commentary. Iniegr. Psychiat., 2 (3), 94- 96.

35- Klerman, G., & Weissman, M. (1992). Interpersonal psychotherapy. In Epaykel (Ed.), Handbook of Affective Disorders. New York: Guilford.

36- Klerman, G., Weissman, M., Markowitz, J., Click, I., Wilner, P., Mason, B., & Shear, M. (1994). Medication and psychotherapy. In A. Bergin & S. Garfiel (Ed.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.). New York: Wiley.

37- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B., & Chevron, E. (1984). Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Book.

38- Kolb, L. (1956). Psychotherapeutic evlution and its implications. psychiat. Quart., 30, 1-19.

39- Kripke, D., & Robinson, D. (1985). Ten Years with a Lithium group. McLean Hosp. J., 10, 1-11.

40- Lewinsohn, P. (1974). Clinical and theoretical aspects of [illegible] Adams, & K. Mitchell (Eds.), Innovative treatment methods of psychopathology. New York: Wiley.

41- Lewinsohn, P., Arconad, M., & Teri, L. (1984). The coping with depression course. Eugene, OR: Castalia.

42- Lewinsohn, P., Clarke, G., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive- behavioral treatment for depressed adolescents. Behav. Ther., 21, 285- 401.

43- Lewinsohn, P., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. J-Cons. Clin. Psychol., 41 (2), 261- 268.

44- Lewinsohn, P., Sullivan, J., & Grosscup, S. (1982). Behavioral therapy: Clinical applications. In A. Rush (Ed.), Short-term psychotherapies for the depressed patient. New York: Guilford.

45- Lewinsohn, P., Weinstein, M., & Shaw, D. (1969). Depression: A clinical-research approach. In R. Rubin & C. Franks (Eds.), Advances in behavior therapy. New York: Academic.

46- Liberman, R., & Raskin, D. (1971). Depression: A behavioral formulation. Arch. Gen. Psychiat., 24, 515- 523.

47- Lickey, M., & Gordon, B. (1991). Medicine and mental illness: The use of drugs in psychiatry. New York: W. H. Freeman.

48- Lorand, S. (1968). Dynamics and therapy of depressive states. In W. Gaylin (Ed.), The meaning of despair. New York: Aronson.

49- Mason, B., Markowitz, J., & Klerman, G. (1994). Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorders. In G. Klerman &M. Weissman (Eds.), New applications of interpersonal psychotherapy. Washington, DC.: American Psychiatric Association.

50- McNeal, E., & Gimbolic, P. (1986). Antidepressants and biochemical theories of depression. Psychol. Bull., 99 (3), 361- 374.

51- Miklowitz, D., & Goldstein, M. (1990). Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder [special Issue]. Behav. Mod., 14 (4), 457- 489.

52- Miklowitz, D., Goldstein, M., Nuechterlein, K., & Synder, K. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. Arch. Gen. Psychiat., 45 (3), 225- 231.

53- O'Connell, R., Mayo, J., Eng., L., Jones, J., & Gabel, R. (1985). Social support and long-term lithium outcome. Br. J. Psychiat., 147, 272-275.

54- Pace, T., & Dixon D. (1993). Changes in depressive self-schemata and depressive symptoms following cognitive therapy. Journal of Counseling Psychology, 40 (3), 288- 294.

55- Prien, R., Caffey, E., & Klett, C. (1974). Factors associated with treatment succes in lithium carbonate prophylaxis. Arch. Gen. Psychiat., 31, 189- 192.

56- Prien, R. et al., (1984). Drug therapy in the prevention of recurrencess in unipolar and bipolar affective disorders: Report of the NIMH Collaboartive Study Group comparing lithium cordonate, impramine, and a lithium carbonat-impramin combination. Arch. Gen. Psychiat., 41(11), 1096- 1104.

57- Prochaska, J. (1984). Systems of psychotherapy. Chicago: Dorsey.

58- Prusoff, B., Weissman, M., Klerman, G., & Rounsaville. B. (1980). Research diagnostic criteria subtypes of depression: Their role as predictors of differental response to psychotherapy and drug treatment. Arch. Gen. Psychiat., 37(7), 796-801.

59- Reda, M., Carpiniello, B., Scechiaroli, L., & Blanco, S. (1985). Thinking, depression, and antidepressants: Modified and unmodified depressive beliefs during treatment with amitrptyline. Cog. Ther. Res., 9 (2), 135- 143.

60- Rush, A., Watkins. J. (1981). Group versus individual cognitive therapy: A pilot study. Cog. Ther. Res., 5, 95-103.

61- Small, J. (1985). Efficacy of electroconvulsive therapy in schizophrenia, mania, and other disorders, II: Mania and other disorders. Convulsive Therapy, 1, 271- 276.

62- Siegel, R. (1965). Communication with depressive patients. Contemp. Psychoanal., 2, 30- 35.

63- Suartbery, M., & Stiles, T. (1991). Comparative effects of short-Term psychodynamic psychotherapy: A meta analysis. J. Cons. Clin. Psychol., 59, 704-714.

64- Teri, L., & Lewinsohn, P. (1986). Individual and group outcome and identification of predictors of successful treatment outcome. Behav. Ther., 17 (3), 215- 228.

65- Van-Gent, E., & Zwart, F. (1991). Psychodeuction of partner of bipolar manic paitents. J. affect., 21(1), 15- 18.

66- Weissman, M. et al. (1979). The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. Amer. J. Psychiat., 136 (4-B), 555- 558.

67- Weissman, M. et al. (1982). Depressed outpatients: Results one year after treatment with drugs ad/or interpersonal psychotherapy. Arch. Gen. Psychiat., 38, 51- 55.

68- Wulsin, L., Bachop, M., & Hoffman, D. (1988). Group therapy in manic-depressive illness. Aner. J. Psychothe., 42, 263- 271.

الفصل الثامن
علاج اضطرابات الشخصية

مقدمـــة:

يبدو أن علاج اضطرابات الشخصية قد كان مهملاً بواسطة المعالجين المعرفيين والسلوكيين. ولكن مع تقديم دليل [illegible] (DSM-III, 1980) والذى فصل محور I (الحالة العقلية) من اضطرابات محور II (اضطرابات الشخصية)، قد كان يوجد إعتراف متنامى بأن المرضى قد يعانون من اضطراب الشخصية وحالات مرضية وأن ا ضطراب الشخصية قد يؤثر فى نتيجة العلاج فى أولئك ذوى اضطرابات محور (I). ومنذ عشرين سنة تقريباً أدى هذا التغير الجذرى إلى إبتكار العلاجات المعرفية والسلوكية فى اضطرابات الشخصية والبحث الإكلينيكى فى علاج المرضى الذين لديهم اضطرابات فى الشخصية. وقد نشأت هذه الإبتكارات جزئياً إستجابة للإدراك بأن وجود اضطراب الشخصية ليس له بالضرورة تأثير سلبى على نتيجة العلاج الخاصة بسلسلة من اضطرابات محور (I) مثل الاكتئاب (Shea et al, 1990)، واضطراب الهلع واضطراب الوسواس القهرى (Dreesen et al., 1997)، والرهاب الاجتماعى واضطرابات الأكل (Van Velten & Emmelkamp, 1996).

ومن منظور إكلينيكى، توجد حاجة ضاغطة لإبتكار مجالات العلاج التى تهدف إلى مساعدة المرضى الذين يفشلون فى الإستجابة للعلاجات التقليدية المختصرة والذين يبقون ضعفاء فى ميادين عديدة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن التقاليد التى قد تُحسن السلوكيات التى يصعب البت فيها لأولئك ذوى تشخيص اضطراب الشخصية مثل إيذاء الذات وتحسين الأداء

الاجتماعى والعلاقات البينشخصية يُرحب بها ولكن تتطلب - أيضاً - تقييماً تاماً .

وقد إقترح بيك وزملاؤه (Beack et al., 1990) ويونج (Young, 1994) [illegible] 1990 أن [illegible] علاج قد تكون مشيرة لوجود اضطراب أو مشكلة فى الشخصية :

- يقرر المريض أو آخرون ذوو شأن (أقارب المريض) أن المشاكل قديمة العهد.
- أن المريض غير مذعن بشكل ثابت للعلاج .
- أن التقدم فى العلاج يتوقف والتغير اللاحق يبدو مسدوداً.
- يبدو المريض غير واع بالتأثير الذى لسلوكه على الآخرين .
- تكون المشاكل البينشخصية أكثر وضوحاً خلال المقابلة ومن تاريخ المرض.
- يعانى المريض من صعوبة فى تقرير مشاعر أو تفكير أو مشاكل معينة.
- يشك المعالج فى نقص دافعية المريض للتغير .
- تُقرر المشاكل باعتبارها طبيعية للمريض (على سبيل المثال . هذه هى التى أكونها) .
- قد تبدو مشاكل العميل سيئة التحديد وأقل شدة وأقل حدة .

وحديثاً، تم تركيز الإنتباه على اضطراب الشخصية الحدية Borderlin Personality disorder. ويبدو أن هذا يرجع إلى طبيعة هذا الاضطراب الذى له كأحد ملامحه الرئيسية سلوك مؤذ للذات مسدود. والتحدى الخاص بعلاج هؤلاء المرضى قد نوقش بواسطة فروع عديدة من العلاج النفسى تشمل المعالجين ذوى التوجه السيكوديناميى، والمعالجين المعرفيين، والمعالجين السلوكيين، وأكثر حداثة المعالجين التحليليين المعرفيين

(Ryle, 1997a). وقد ابتكرت كل من هذه المدارس المنفصلة للعلاج النفسى نماذجاً مختلفة لتفسير ملامح اضطراب الشخصية ومن هنا إبتكرت مجالات علاج مختلفة. وقد اقترح بعض المؤلفين أن نقص هوية واضحة هو المشكلة المركزية لدى المرضى ذوى اضطراب الشخصية الحدية (Ryle, 1997b) فى حين ينظر لاينهان (Linehan, 1992) إلى هؤلاء المرضى باعتبارهم يعانون أساساً من إختلال وظيفى فى التنظيم الإنفعالى. ويدرك بيك وزملاؤه (Beck et al., 1990) هؤلاء المرضى بإعتبارهم يعانون أساساً من إختلال وظيفى فى الميدان المعرفى. وتلعب معتقدات الفرد وإفتراضاته دوراً مركزياً فى التأثير على إدراك وتفسير الأحداث وفى تشكيل كل من الاستجابات السلوكية والانفعالية .

النموذج الدينامى لاضطراب الشخصية :

توجد نماذج دينامية مختلفة كثيرة بالنسبة لفهم اضطراب الشخصية، وكانت قد درست فى اضطراب الشخصية الحدية لأكثر من ٦٠ سنة (Stern, 1938). وبالإضافة إلى التفسيرات الفرويدية الأصلية للنمو والتى توقفت عند المراحل الفمية والشرجية والتناسلية من النمو لتفسير أنماط الشخصية الاعتمادية والحوازية والهستيرية، فقد كانت توجد محاولات مستمرة لربط النمو فى الطفولة باضطراب الشخصية فى حياة الراشد.

وإشتملت نظرية بولبى Bowlby الخاصة بسلوك التعلق Attachment behaviour (Bowlby, 1973) على الفرض بأن قلق الإنفصال الذى لم يُحل سوف يؤدى إلى الغضب واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع التالى، ولكن هذا لم يُدعم بأى دراسات إمبريقية. وإبتكر بنيامين

(Benjamin, 1993) نظرية بينشخصية للنمو التى تُعد تـ[illegible]حليل بنائى
للسلوك الاجتماعى، يظن فيها أن الخبرات المبكرة تكون ذات أ[illegible]ية رئيسية
فى تكوين سمات شخصية الراشد، وعن طريق نمو مباشر واضطـ[illegible] الشخصية.
[illegible] مبكر وتميل
إلى تكرار نفسها لدى تطور شخصية الراشد .

وقد كان لكيرنبرج (Kernberg, 1984) تأثيراً رئيسياً فى [illegible]صف تنظيم
الشخصية الخاص بالناس ذوى اضطراب الشخصية الحدية [illegible]ى حين يملك
آخرون «طبقات» Layers واضحة نسبياً فى نطاق البناء الخاص [illegible]شخصيتهم
فإن هؤلاء ذوى اضطراب الشخصية الحدية لديهم رد فعل منتشر [illegible]ير مرشح
للخبرة التى تمنعهم وضع المحنة فى المنظور ويخلقون بذلك أزمة .

التناول العلاجى للمجتمع:

Therapeutic Community treatment

بالرغم من أنه كان يوجد نمو فعال فى المستشفيات النفسية بين السنوات
المبكرة من القرن التاسع عشر والسنوات المتوسطة من القرن العشرين فلم يشر
هذا بالضرورة إلى الرضا بهذا النموذج من الرعاية، وبالرغم من أن [illegible]فهوم
«الدخول إلى المستشفيات» قد يبدو حديثاً نسبياً ([illegible]rton, 1959) فإن
القلق الخاص بالتأثيرات المدمرة للمستشفيات العقلية على [illegible] تم
تبينه على نحو أكثر. وبصفة خاصة، تم تبين العناصر السيئة واللا[illegible]سانية
الخاصة بالمستشفيات العقلية منذ السنوات الأولى من القرن ال[illegible]رين
.(Manning, 1989)

كما قد يوجد بعض التشويش الخاص بالإصطلاح «مجتمع علاجى» Therapeutic community. وفى هذا الفصل نشير فقط إلى شكل مكثف من العلاج تكون فيه كل ناحية من البيئة جزءاً من محيط العلاج والذى يمكن أن يتم فيه التحدى وتعديل السلوك ، بصفة خاصة خلال ميكانيزم التعليم والاستفسار .

وحدد رابو بورت (Rapoport, 1960) أربعة مبادئ لهذا النمط من المجتمع العلاجى، والاختيار الديمقراطى، والتسامح، ومواجهة الحقيقة. وتم الحفاظ على هذه المبادئ عن طريق الأداء لأنماط مختلفة من التفاعل بين المرضى والهيئة كمجموعات وأفراد ، وبصفة خاصة خلال المقابلات اليومية للمجتمع المحلى، التى يُطلب فيها من كل الأعضاء الحضور. وزاد هيغ (Haigh, 1999) خمسة مبادئ كبيرة للمجتمع العلاجى، هى التعلق أو الشعور بالاشتياق، والإحتواء أو الشعور بالأمان، والاتصال وثقافة الانفتاح، والإنغماس والمشاركة، ووكالة وتطور التفويض. ولهذه كذلك متوازيات فى النماء الإنسانى. وهذه يمكن أن تتحقق تماماً فقط فى محيط داخلى للمرضى تحترم فيه الثقة على نحو أساسى مثلما تكون «تقنية مطهرة للجراحة» (Campling, 1999) aspptic technique is to surgery وتختلف هذه الأهداف المحتضنة تماماً والطموحة عن مجالات أخرى بُذلت فيها محاولات لمنع التجريد من الصفات الإنسانية بالمستشفيات العقلية عن طريق خلق جواً علاجياً وديمقراطياً عاماً - وربما يكون أفضل تعريف للمجتمع العلاجى فى محيط علاج اضطرابات الشخصية هو بيئة اجتماعية مصممة بشكل شعورى وبرنامج فى نطاق وحدة إقامة أو يوم واحد تُسخر فيها العملية الاجتماعية والجماعية للق[illegible] العلاجى (Roberts, 1997)

النماذج المعرفية لاضطراب الشخصية :

ينظر بيك وزمـــلاؤه (Beck et al., 1990) إلى سمات الشخصية باعتبارها تعكس إستراتيجيات تُوصف كأشكال من سلوكيات مبرمجة مصممة لخدمة الأهداف البيولوجية للبقاء والتناسل، وتتضمن هذه العمليات معرفية، ووجدانية، ودوافع مستثارة تؤدى إلى نماذج من سلوكيات نمطية طُورت خلال التفاعل بين الأبنية المحدد جينياً والخبرة. ويُفترض أن الانتقاء الطبيعي قد أدى إلى ملائمة بين السلوك المبرمج والبيئة، ونتيجة لذلك ستكون النماذج المبرمجة إما متكيفة أو سيئة التكيف إعتماداً على الظروف .

وفى بيئـة تتغيـر بسرعـة قـد يوجد سوء مضاهاة (تطابق) بين هذه الإستراتيجيات التلقائية والبناء الاجتماعى والتنظيمى للبيئة، ويقترح «بيك وزملاؤه» (١٩٩٠) أن الملائمة السيئة قد تكون عاملاً فى تطور نماذج معرفية ووجدانية ودافعية وسلوكية واضحة نشخصها كاضطراب شخصية.

ويضع «بيك وزمـلاؤه» (١٩٩٠) أهميـة مـركـزية على مفهوم الصيغ Schema. والصيغ هى أبنية ثابتة من المعرفة تمثل قواعداً معينة تؤثر فى معالجة المعلومات. ولاتحدد الصيغ فقط الطريقة التى ينتبه فيها الفرد إلى المعلومات القادمة من البيئة ويعالجها، ولكنها سوف تحدد كذلك سير عملية الصيغ خلال سلوك واضح، ومثل الصيغ المعرفية، يقترح «بيك وزملاؤه» (١٩٩٠) أن الصيغ الوجدانية والدافعية الخاصة بالعمل والتحكم تتصل مع بعضها الآخر وتُنتج نماذجاً معينة من التفكير والانفعال والفكرة الحركية لتكون سمة من اضطراب الشخصية. والمثال أدناه الخاص بالطريقة التى يعمل بها فرد لديه اضطراب شخصية مضادة للمجتمع على موافقة زملاء العمل توضح كيف أن هذه الصيغ تتفاعل، وهذا مايوضحه الجدول (٢) .

جدول (٢)

الصيغ ذات العلاقة المتبادلة لدى الشخص ذى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

الصيغـــة	
معرفـــى (ذات/آخرين)	أنا أفضَل وأقوى من أشخاص آخرين .
وجدانـــى	غضب (إذا أعيق)، سرور (إذا تحقق الهدف)
تصـــرف	السعى لتحقيق أهداف خاصة عن طريق تفويض الآخرين.
تحكـــم	(يُقدر موقف باعتباره مخاطرة منخفضة، وبهذا لاتصبح عملية الكبح إجرائية) .
دافعـــى	أستطيع الحصول على ماأريد من الآخرين

ولأن هذه الصيغ ذات علاقة متبادلة، فإنه يتبع هذا أن فى اضطراب الشخصية نماذج معينة من السلوك تكون مفرطة فى التطور ونماذج أخرى منخفضة فى التطور. على سبيل المثال، يتميز اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع من ناحية بالميل للسلوك كمفترس عن طريق إبتزاز الآخرين والتصرف بشكل عدوانى، ومن ناحية أخرى، يبدو قصور نسبى فى السلوك يمكن أن يُوصف كحساس من الناحية الاجتماعية ومراع لحقوق الآخرين ومتبادل للعواطف .

نموذج بيك وفريمان المعرفى الخاص باضطراب الشخصية (١٩٩٠)

Beck and Freeman's Cognitive model of personality disorder (1990).

يركز العلاج المعرفى مع المرضى ذوى اضطراب الشخصية على تغيير الصيغ والسلوكيات سيئه التكيف. وغالباً ما نجد ان المرضى ذوى اضطراب الشخصية يعتنقون ثلاثة إعتقادات سائدة سيئة التكيف باعتبارها مركزية للاضطراب: هى، (١) أننى غير مقبول من الناحية الوراثية، (٢) أننى عاجز ومستهدف، (٣) أن العالم خطر وحاقد. ويُفترض أن هذه الاعتقادات تفسر الإحساس الموروث للمرضى الحديين بأن العالم مهدد وشعورهم بالعجز وعدم الأمن الذى يؤدى إلى تذبذب بين الاعتماد على الآخرين والإستقلال بدون إستراتيجية فعالة أو موثوق فيها تماماً. ويوجد عامل معرفى يُظن أنه هام هو ميل المريض البينى للتفكير بشكل ثنائى. وتقيّم الخبرات فى فئات إستثنائية بشكل مشترك مثل سىء أو جيد أو جدير بالثقة أو غير جدير بالثقة. وهذا النمط من التشوه المعرفى أو الخطأ يجبر حينئذ على تفسيرات متطرفة بالنسبة للأحداث التى يمكن أن يُنظر إليها فى غير ذلك باعتبارها تقع على متصل. ويبدو هذا التفسير الأسود والأبيض لنتائج الخبرة فى استجابات انفعالية وسلوكية متطرفة للأحداث .

ومقارنة بالعلاج المعرفى مع المرضى ذوى اضطرابات المحور (I) فإن العلاج المعرفى للمرضى باضطرابات الشخصية يضعون أهمية أكبر على العمل مع الصيغ المعرفية المختلفة وظيفياً للمريض. ويعمل فصل بين المعتقدات الرئيسية أو الصيغ التى يُعبّر عنها بعبارات غير شرطية مثل «إنى سىء» وإفتراضات مختلة وظيفياً يُعبّر عنها بعبارات شرطية مثل «إذا لم ينجح أطفالى، سأكون أم فاشلة» .

على سبيل المثال، قد يعتنق المريض المكتئب إفتراضاً مختلاً وظيفياً مثل «إذا لم يحبنى الآخرون، فلا قيمة لى» فى حين أنه فى اضطراب الشخصية تأخذ هذه الإتجاهات صورة إعتقادات اساسية تشمل قواعد غير شرطية مثل «أنا لاقيمة لى» و«كل شخص يتولى أمر نفسه». وفى اضطراب الشخصية يُعتقد أن الصيغ الرئيسية سيئة التكيف تكون «مفرطة التكافؤ» Hypervalent وتستثار عبر مواقف كثيرة. ويؤدى هذا إلى أن تكون الصيغ مفرطة التعميم وغير مرنة ومقاومة للتغير. وهذه المبالغة فى الصيغ تمثل الفرق بين الشخصية السوية والشخصية المضطربة. ويهدف العلاج المعرفى إلى تناول هذه الإعتقادات الرئيسية غير الشرطية والجامدة .

نموذج الصيغ سيئة التكيف المبكرة الخاصة بيونج (١٩٩٠)

The early maladaptive schema model of young (1990)

لقد نشأت بعض الفروق فى التأكيد بين النماذج المعرفية لاضطراب الشخصية. وقد قدم يونج (Young, 1990) مستوى رابع للمعرفة والصيغ المبكرة سيئة التكيف فى صيغته التى تركز على العلاج. وهو ينظر إلى الصيغ المبكرة سيئة التكيف بإعتبارها موضوعات ثابتة ودائمة تنمو خلال الطفولة وتكون محكمة طوال مدى حياة الفرد. وتهتم هذه الصيغ سيئة التكيف بموضوعات تتعلق بالذات والعالم والآخرين مثل التهيج المفرط والكبح. ويصف «بيك وزملاؤه» (١٩٩٠) الصيغ فى اضطرابات الشخصية بإعتبارها إعتقادات رئيسية يُظن أنها تنشأ من تفاعل بين خبرة الطفولة والنماذج سابقة

البرمجة للسلوك والاستجابات البيئية. وتتحكم الصيغ فى معالجة المعلومات، والتحيز فى عملية الصيغ يؤدى إلى فروق فى العمل السلوكى. كما يقترح «بيك وزملاؤه» (١٩٩٠) أن الأفراد المضطربين فى الشخصية قد يعانون – أيضاً – من إختلال فى إستراتيجيات ضبط الذات التى تؤدى إلى الإندفاع أو كبح مفرط.

واقترح يونج (Young, 1990) أن الصيغ المبكرة سيئة التكيف تُدعم عن طريق ثلاثة أنماط مختلفة من العمليات، هى: الاحتفاظ وتجنب وتعويض الصيغ. ففى الاحتفاظ بالصيغ، تشوه المعلومات لتضاهى المعلومات عن طريق أخطاء معالجة المعلومات مثل الاستدلال التعسفى والتقليل إلى أدنى حد. ويُستخدم تجنب الصيغ لوصف العملية التى بها أفكار وإنفعالات غير سارة قد تحول وصولاً كاملاً إلى صيغ سلبية يتم تجنبها خلال مناورات سلوكية ومعرفية وإنفعالية، وهذا يمنع الفرد من خبرة الصيغ ومن ثم أى فرصة لتعديل محتوى الصيغ عن طريق عدم تأكيد الخبرات. ويُوصف تعويض الصيغ باعتبارها عملية تبنى وقفات مضادة معرفية وسلوكية يتم التنبؤ بها من محتوى مجرد للصيغ. ولأن هذا يعمل حينئذ على الاحتفاظ بالصيغ، فلا يمكن أن يأخذ مكاناً أى تعديل فى المحتوى الخاص بالصيغ.

نموذج لينهان الجدلى الخاص باضطراب الشخصية الحدية (١٩٩٣):

Linehan's dialectical model of borderline personality disorder (1993).

ينظر لينهان (Linehan, 1993) إلى اضطراب الشخصية الحدية بشكل أساسى بإعتباره اختلالاً وظيفياً للتنظيم الانفعالى الذى يُفترض أنه قد ينتج من شذوذات بيولوجية مصحوبة ببيئات مختلة معينة. ويُظن أن أشخاص مهمين آخرين يدعمون هذا الإختلال بتقليل أو تعجيز خبراتهم الانفعالية. ويُنظر إلى المرضى باضطراب الشخصية الحدية بإعتبارهم مستهدفين إنفعالياً وأن لديهم صعوبة فى تنظيم نماذج الاستجابات المرتبطة بالحالات الإنفعالية. ويُعتقد أن السلوكيات سيئة التكيف التى تكون جزءاً من زملة الأعراض الحدية أنها محاولات بواسطة الفرد لتنظيم حالات إنفعالية شديدة من خلال استراتيجيات لحل المشاكل. والعلاج الجدلى للسلوك، كما يشير اسمه، يحتوى فى نطاقه على فكرة المتضادات: موضوعات عامة تبزغ فى العلاج مع المرضى الحديين، مثل قبول الأشياء كما هى، وقد يبدو التغير غير متسق ولكن تجتذب معاً فى العلاج .

علاج رايل التحليلى المعرفى لاضطراب الشخصية الحدية (١٩٩٧ ب):

Ryle's cogmitive analytical therapy for borderline personality disorder (1997b)

يقترح هذا التوسع الحديث للعلاج المعرفى بأن المرضى ذوى اضطراب الشخصية الحدية يعانون من الخبرة الذاتية الخاصة بسلسلة من «الحالات الذاتية» Self states المفككة جزئياً والتى تفسر الملامح الإكلينيكية لهذا الاضطراب (Ryle, 1997 a). ومثل هؤلاء المرضى، على سبيل المثال، قد يتصفون بالإنتقال من حالة عقلية إلى أخرى ويخبرون حالات من الإنفعالات الكثيرة غير المنضبطة أو مشاعراً مشوشة بشكل بديل أو قطع خاص بالانفعال. ويُعتقد أن الحالات التفككية تحدث بداية إستجابة للتهديدات الخارجية التى

لايمكن إدارتها والإبقاء عليها عن طريق تكرارات التهديد والإشارات الداخلية مثل الذكريات أو المواقف المماثلة للمصدر الأصلى للتهديد. ويعتقد أن المرضى الحديين لديهم علاقات تعسفية (إساءة) وإهمال خبروها فى الطفولة وإدماج إيجابيات والدية حسنة تؤدى إلى صراع نفسى داخلى [illegible] انفعالات الذنب والقلق أو تؤدى إلى سلوكيات أعراضية Symptomatic behaviours. ويُنظر إلى المرضى الحديين كممتلكين لعيوب فى الاستبطان تنتج عن مفردات إنفعالية مختلفة وضيق التركيز الخاص بالإنتباه، ويخبرون بتمزقات فى الاستبطان مثل تلف الإحساس المتماسك بالذات والآخرين .

العلاجات النفسية الاجتماعية لاضطراب الشخصية

Psychosocial Treatment for Personality Disorder

العلاج النفسى الدينامى: Dynamic Psychotherapy

نظر العلاج النفسى الكلاسيكى منذ زمن فرويد Freud ويونج Young إلى علاج اضطرابات الشخصية على أنه عنصر أساسى فى العلاج. ومع ذلك، فمن الأوصاف الكلاسيكية يتضح أن المحللين النفسيين كانوا يعالجون على نحو أساسى الاضطراب العصابى مع مرض مرتبط بالشخصية (من مجموعة جـ) عند علاج اضطراب الشخصية على نحو مزعوم. ولم يوجد دليل على كفاءة علاج اضطراب الشخصية بذاته بالنسبة لهذا المجال حتى حديثاً، وحتى الآن فإن رأى أندروس (Andrews, 1991) بأن العلاج النفسى الدينامى لم يتضح أنه أفضل من الدواء الوهمى Placebo فى علاج الأعصبة واضطرابات الشخصية، ويُحتمل أنه الرأى المتفق عليه على نحو اجتماعى.

ومع ذلك، قد كان يوجد إهتمام جدير بالإعتبار بالعلاج النفسى الدينامى لاضطراب الشخصية الحدية فى العشرين سنة الماضية. وكما هو معروف، فإن اضطراب الشخصية الحدية ليس نمطياً خاص باضطرابات الشخصية الأخرى وغالباً ما [illegible] وإنفعال شديدين، فإن العمليات العادية للتحليل النفسى، التى تتضمن التأويل، والطرح ومقابل الطرح، لاتعتبر مناسبة لهذه المجموعة وإنما هناك حاجة إلى مجالات أكثر خداعاً (Higgitt & Fonagy, 1992) .

وقدم كيرنبرج وزملاؤه (Kernberg et al., 1972) فى عيادة مينينجر Menninger Clinc دليلاً بأن المجال الدينامى الذى لم يكن مدعماً ولاتوجيهياً بشكل صريح ولكنه هدف إلى أن يتوصل إلى المرض النفسى الجوهرى للمرضى، الذى يعتبر أنه إستهلالى ومشوش والذى يمكن أن يتحول بسرعة إلى عدوان. وقد إبتكر هذا المجال، العلاج التعبيرى، بشكل إضافى بواسطة ماسترسون (Masterson, 1976) كعلاج نفسى متحد يتوقع غالباً وجود الصعوبات عندما يتوقف العلاج. ويتبنى كوهات (Kohut, 1975) مجالاً يحدد الأداء الداخلى للشخصيات الحدية والنرجسية وكيف تتطور فى إستجابات إلى الصدمات فى الطفولة والمراهقة. ولم يُقوّم رسمياً أى من هذه المجالات مع مجموعة ضابطة .

والتقويم الرسمى الوحيد لصورتين من العلاج النفسى الدينامى - علاج نفسى دينامى قصير المدى وعلاج نفسى تكيفى - تم تنفيذها بواسطة وينستون وزملائه (Winston et al., 1991) ولكنه إستثنى بصفة خاصة المرضى المصابين بمرض حدى ونرجسى. ولم توضح النتائج بصفة أساسية فروقاً بين

العلاجات، ولأن كلاهما كان أفضل من المجموعة الضابطة لقائمة الانتظار فإنه يُقترح أن هذين المجالين لهما بعض القيمة. كما يتم تقييم العلاجات المعرفية باستخدام مجالات مماثلة بمستشفى كاسل Cassel Hospital فى المملكة المتحدة بواسطة تشييسا وزملاؤه. Chiesa et al .

العلاج التحليلى المعرفى: Cognitive analytical therapy

يهتم العلاج التحليلى المعرفى بوصف الحالات النفسية المختلفة ومساعدة المرضى على تحديد «الإجراءات المتبادلة للأدوار»، التى هى نماذج من العلاقات التى يتم تعلمها فى الطفولة المبكرة والتى تكون مقاومة نسبياً للتغيير (Ryle, 1997b). ويتم تعليم المريض أن يلاحظ ويحاول تغيير النماذج المتلفة للتفكير والسلوك التى تتعلق بهذه الحالات الذاتية وأن يصبح أكثر وعياً بالذات. ودور المعالج هو جمع معلومات عن خبرة المريض الخاصة بالعلاقات والحالات المختلفة التى يخبرها المريض. وأى ردود فعل للطرح المضاد يخبرها المعالج تعتبر بيانات نافعة كأنها توجد مع المريض أو استجابة متبادلة لسلوك المريض الواضح أو الخفى. وبتحديدنا وتسميتنا هذين بشكل ملائم، فإن الأخيرة يُفترض أنها تساعد على الإبقاء على إخلاص العمل مع المريض، وبتحديد الحالات الذاتية المختلفة للمريض، فإن مهمة المعالج هى مساعدة المريض على أن ينظم بشقة هذه الحالات ويشجع المريض على أن يصبح واعياً بهذه الحالات المنفصلة بدون تفكك .

وبالرغم من أن تطبيق العلاج التحليلى المعرفى بالنسبة للمرضى ذوى اضطرابات الشخصية الحدية لم يتم مقارنته بعلاجات نفسية أخرى ولا توجد دراسات منشورة متاحة فى هذا الوقت، فإن رايل (Ryle, 1997 a) يقترح من الخبرة الخاصة بعلاج أكثر من ٣٠ مريضاً أن هذه الصورة من العلاج النفسى تُبدى أملاً .

العلاج السلوكى الجدلى: Dialectical behavior therapy

العلاج السلوكى الجدلى هو برنامج علاج موجز للمرضى ذوى اضطراب الشخصية الحدية يتضمن علاجاً نفسياً فردياً كل أسبوع وتدريباً على المهارات السلوكية الجماعية النفسية التربوية. وبالإضافة إلى ذلك، يتلقى المرضى إستشارة تليفونية من معالجهم، ويتكون العلاج من مجموعة متنوعة من تقنيات حل المشاكل التى تشمل تعليم العميل مهارات للمساعدة على تنظيم الانفعالات، وتحمل الأسى، وطرق لتأييد مدركات المريض، وصور سلوكية ونفسية خاصة بمهارات المداواة. كما أن المعالجين مدربون على إدارة الحالة .

ويصف لينهان Linehan مهارات رئيسية خاصة بالانتباه تهدف إلى تعليم المريض أن يلاحظ، ويصف ويشارك فى الأحداث والإستجابات للأحداث بدون فصل الشخص لنفسه أو مايحدث من تفكك. ويشجع العلاج السلوكى الجدلى المرضى على أخذ مجال غير حكمى للأحداث والتفاعلات وأن يقوم بما هو فعال فى المواقف أكثر مما يشعر به المريض بأنه الشىء الصائب الذى يقوم به.

العلاج المعرفى المركز على الصيغة:

Schema - foucused cognitive therapy

يهـدف هذا العـلاج المعـرفى إلى تحـديد وتعـديل الصيغ المبكرة سيئة التكيف والسلوكيات التى تؤدى إليها الصيغ، ويوصى بتقييم كامل ومفصل لتاريخ المريض الخاص بالمشاكل والأعراض والاستخدام واستبيانات مثل الإستبيان الخاص بالصيغ (Young, 1990). واستبيان لازاروس الخاص بتاريخ الحياة المتعدد الأشكال (Lazarus & Lazarous, 1991) لتقديم صيغ سائدة سيئة التكيف ومشاكل سلوكية طال أمدها. ويتضمن العلاج الذى يركز على الصيغ تعليم المرضى عن الصيغ وزيادة التوقع لدى المريض بأن صيغه ستكون صعبة التغير وأنها ستقاوم من خلال معلومات مشوهة بشكل منهجى للبقاء على إعتقاداته عن نفسه وعن العالم. ويفاضل بين الصيغ الأولية والثانوية، ويقترح أنه من المهم التركيز على تغيير صيغة أو صيغتين أوليتين بداية فى العلاج. وتُحدد الصيغ الأولية إكلينيكياً بتلك التى ترتبط بمستوى مرتفعة من الوجدان، ترتبط بمشاكل ثابتة وشاملة وترتبط عن قرب بالمشاكل النمائية للمريض مع آخرين هامين. وتُوصف وقفة فى العلاج باعتبارها «مواجهة ذات تقمص عاطفى» Empathic confrontation . ويستخدم العلاج الذى يركز على الصيغة مصطلحات مثل القتال والمكافحة مع الصيغ لوصف درجة التحدى والمقاومة المطلوبة لإنتاج تغير فى الاعتقادات غير الشرطية عن قيمة الذات والعالم.

وبالإضافة إلى تعليم المرضى عن الصيغ ومواجهة تجنب وتعويض الصيغ، يركز علاج «يونج» على تحديد وتغيير السلوكيات التى تقودها الصيغ. والصيغ البينشخصية التى تهتم بموضوعات مثل الاعتماد أو عدم الثقة التى تنشأ فى نطاق العلاقة العلاجية يتم تقويمها وتعتبر دريئات مشروع للعلاج. وفى علاج اضطراب الشخصية كان على العلاج المعرفى أن يأخذ فى الإعتبار مفهوم الطرح فى نطاق العلاج. وبالرغم من أن العلاقة العلاجية قد كانت تعتبر دائماً شكلاً هاماً من العلاج، إلا أنه يعطى - الآن - إنتباهاً أكثر بكثير، ويحتمل أن يؤدى هذا إلى زيادة الاعتراف بالعوامل التى تعوق وتحرر التعاون والإخلاص فى العلاج .

العلاج المعرفى لاضطرابات الشخصية :

Cognitive therapy for Personality disorders

بالرغم من وجود فروق هامة عديدة بين العلاج المعرفى لاضطرابات محور (I) ومحور (II)، فإنه توجد ملامح مشتركة كثيرة. وكما فى العلاج المعرفى بالنسبة لاضطرابات الشخصية يكون علاجه موجهاً نحو هدف، وحلاً للمشاكل يهدف إلى تعليم المريض مهارات معينة معرفية وسلوكية يُظن - أيضاً - أن تكون نافعة فى الوقاية من الإنتكاسة. ويكون التركيز فى العلاج على تحديد المشاكل الحالية للمريض، وتحديد الهدف، وتعديل التفكير الإختلالى والسلوك الذى يصعب البت فيه ويتداخل مع ويعوق الأداء التكيفى. ويعلم الإكلينيكى المريض أن يحدد ويعدل الأفكار والإعتقادات المختلة وظيفياً عن طريق إستخدام تقنيات معرفية معينة مثل الشك السقراطى Socratic Questianing .

وتم التأكد من وجود فروق عديدة فى العلاج المعرفى بين اضطراب محور (I) واضطراب الشخصيـة عن طريق المعالجين المعرفيين (Davidson, 1998' Beck, 1996; Young, 1990; Beck et al., 1990). وأحد هذه الفروق

تكون على التأكيد والانتباه المركزين على العلاقة العلاجية. ففى العلاج المعرفى لاضطراب الشخصية، يوضع تأكيد أكثر على تأسيس والاحتفاظ بالعلاقة العلاجية لأن الصعوبات الخاصة بحياة المريض التى تنشأ خارج العلاج [illegible] من الاعتقادات سيئة التكيف للمريض عن نفسه وعن الآخرين [illegible]حد أهداف العلاج المعرفى مع المرضى ذوى اضطراب الشخصية هى إستخدام هذه الصعوبات البينشخصية فى العلاج عن طريق تقييم وتعديل الإعتقادات التى تكمن وراءها عن الآخرين والعلاقات فى حد ذاتها .

ويشجع المعالج المريض على فحص إعتقاداته وفروضه عن الآخرين باستخدام العلاقة العلاجية كمعمل للعلاقة وتعلم إستراتيجيات جديدة أكثر تكيفاً فى علاقته بالآخرين .

ومقارنة بعلاج اضطراب محور (1)، فإن العلاج المعرفى مع الأفراد ذوى اضطراب الشخصية يفترض أن يأخذوا جلسات أكثر ويجتازوا إطاراً زمنياً أطول بسبب الطبيعة طويلة العهد لصعوبات المريض وجمود وعدم مرونة الاعتقادات والاستجابات السلوكية للمريض. وبالرغم من أن معظم المرضى ذوى اضطراب الشخصية يمكن أن يتبينوا الصعوبات، فإنهم يخبرون المشاكل باعتبارها ثابتة و«تماماً نفس الطريق الذى أعبره» [illegible]t the way I am

ونتيجة لذلك، فإن إعتقادات جديدة بديلة وأكثر تكيفاً [illegible] الذات والآخرين والعالم تحتاج إلى أن يتم تحديدها وتقييمها بوضوح [illegible] أجل تكيفهم. وتتطلب هذه الاعتقادات البديلة الأكثر تكيفاً أن تُدعم بشكل منهجى، وتحتاج سلوكيات وطرق جديدة وذات علاقة بالآخرين إلى أن تمارس بشكل متكرر إذا كان للتغيرات أن تُدّعم (Davidson & Tyrer, 1996). ومن أجل أن تحتل هذه التغيرات مكاناً، فإن المعالج يتحمل أن يكون عليه توجيهاً أكثر مباشرة فى بعض الأوقات وسيكون أكثر إهتماماً بتحديد ومقاومة التجنب المعرفى والانفعالى والسلوكى الذى يقمع أو يؤيد الإعتقادات الرئيسية. وحيث أن هذه النماذج سيئة التكيف الخاصة بالسلوك والاعتقادات يحتمل أن يرجع أصلها إلى خبرة الطفولة، فإن العلاج المعرفى بالنسبة لاضطرابات الشخصية سيكون أكثر إهتماماً بالبيانات التاريخية من العلاج المعرفى لاضطرابات محور (I). كما تبدو واضحة فى العلاج المعرفى لاضطرابات الشخصية حاجة المعالج لأن يكون إبتكارياً فى تنمية تدخلات سلوكية ومعرفية لاختبار صدق إعتقادات المريض الرئيسية سيئة التكيف، ويطلب من المرضى أن يحفظوا سجلات الأداء لتسجيل طرق جديدة للسلوك وهم يحاولون تغيير سلوكياتهم المستثارة بالصيغ، وأن يحتفظوا بسجلات مؤيدة تدعم إعتقاداتهم الأكثر تكيفاً عن أنفسهم وعن الآخرين (Padesky & Creenberger, 1995) .

وبالرغم من أن معظم التقنيات المستخدمة لتغيير الاعتقادات تركز على المكان والزمان الحاليين، فإن المنظورات التاريخية والتطورية قد إبتُكرت لتساعد فى إعادة فحص الإعتقادات الرئيسية والإنفعال المرتبط بها. وتتبع مراجعة «يونج» التاريخية للصيغ تطور وتدعيم الصيغة عن طريق إستدعاء الذكريات التى تُدرك بواسطة المريض لتكون متعلقة باعتقاده الرئيسى (Young, 1990)، وإعادة بناء معنى الذكريات الأسبق باستخدام السيكودراما

(Edwards, 1990) قد وصفت بإعتبارها مفيدة من حيث أن التأثير الإنفعالى للصيغة يمكن أن يُستثار ويُفترض أن هذا يسمح بالتغييرات فى، أو إعادة تقويم، الإعتقاد الرئيسى للحدوث على نحو أكثر إستعداداً.

ويشترك نموذج بيك وزملاؤه (Beck et al., 1990) مع لينهان (Linehan, 1993) الإكلينيكى الخاص باضطراب الشخصية فى محاولة لتكامل عوامل بيولوجية ونفسية اجتماعية. وتوضح جميع نماذج العلاج أهمية بناء علاقة علاجية آمنة ولكن موضوعات الطرح ومقابل الطرح فى العلاج ربما لم يتم تناولها بعد بطريقة كافية عن طريق إستراتيجيات العلاج الحالية باستثناء علاج رايل (Ryle, 1997 b) الخاص بالتحليل المعرفى. ومع ذلك، فالمعالجون المعرفيون عليهم أن يبتكروا نموذجاً معرفياً لردود الأفعال هذه التى قد تتداخل مع الهدف الخاص بتنمية علاقة تعاونية ناجحة. والعلاج المعرفى لاضطراب الشخصية تجريبى فى المجال. وبالرغم من أن المشاكل الواضحة للمريض هى المحور الأولى للعلاج، فإن المعالج يستخدم فروضاً عن الميكانيزمات الأساسية التى تدفع هذه المشاكل للمساعدة فى الفهم (Persons & Bertagnalli, 1994). وتخول هذه الصياغة للعلاج أن يتقدم بإستراتيجية متماسكة أكثر من إتباع تدريجى للأعراض والمشاكل. ومع ذلك، يساعد إبتكار النماذج المعرفية لاضطراب الشخصية فى فهم هذه المجموعة من المرضى المتنوعين فى الغالب ويقدم إطار تصاغ فيه المشاكل والتدخل

هل يوجد دليل على أن التدخلات النفسية الاجتماعية فعالة؟

إلى هذا الحد، نُشرت دراسات قليلة تشهد بفاعلية العلاج النفسى الاجتماعى فى اضطراب الشخصية. وفى حين تم نشر الدراسات، ...

علاج قد كانت فى العادة سلوكيات أو أفعال غير مشيرة لاضطراب الشخصية أكثر من التغير فى سمات الشخصية .

فاعلية العلاج المجتمعى :

عملت العلاجات المجتمعية كأنظمة ثلاثية الإحالة فى الرعاية الصحية منذ بدايتها منذ سنوات كثيرة (Jones, 1952, 1965).. ويحال المرضى إلى وحدات أخرى فى منطقتهم كخطوط أولى وثانية للعلاج، ولكن بعض الحالات تبرهن على صعوبتها بصفة خاصة (وتجلب فى العادة قدراً كبيراً من الإنفاق) ويُرجع إلى العلاج المجتمعى غالباً كملاذ أخير أكثر من مصدر أولى. ويُقبل أولئك الذين يحاولون بداية على أساس سلوكهم وقبول العلاج المجتمعى الديمقراطى، وليس كنتيجة لأى معايير تشخيصية سابقة التحديد. وبالرغم من هذا، فإن معظم العلاجات المجتمعية تنظر إلى نفسها كمتخصصة فى علاج الناس ذوى اضطرابات الشخصية الشديدة. وفى هذا السياق، يكون من المهم ملاحظة أن تعريف اضطرابات الشخصية الشديد لم يضف عليه الصفة الرسمية.

وقد استخدمت دراسات فى مستشفى هندرسون Henderso hospital أدوات تسجل اضطراب الشخصية طبقاً لأنظمة تشخيصية معيارية (أساساً دليل التشخيص الإحصائى للاضطرابات العقلية (DSM) مع الاستبيان الخاص باضطراب الشخصية (PDQ-IV (Hyler, 1994) والمستخدم لتسجيل فئة الشخصية. وبالرغم من أن هذا ليس له فئة بالنسبة للاضطراب الشديد للشخصية، فحقيقة أن متوسط عدد تشخيصات اضطراب الشخصية، تلك المقبولة بواسطة مستشفى «هندرسون» أكثر من أربعة

(Norton & Hinshelwood, 1996) يوحى بأن أولئك المحالين يعانون من اضطراب شديد.

والعلاج المقدم منحاز تماماً ضمن وصف العلاج النفسي [illegible]ماعى. ولأنه توجد مجموعات كثيرة مختلفة تستمر فى الذهاب طوال [illegible]، تُراقب عن قرب، فإنه يمكن القول بان المرضى فى حاله علاج جـ[illegible] دائم وهم فى المستشفى، وبصفة عامة لايوجد علاج نفسى فردى مقدم [illegible] هذا يقوض Undermine المجالات الجماعية. وطول الإقامة متغير ولكنه يستمر نمطياً حوالى ٧ شهور .

دليل الفاعلية :

لم تكن توجد محاولات ضابطة عشوائية للتدخل العلاجى [illegible]مجتمع فى اضطراب الشخصية. ولم يوجد سبب أساسى لعدم إمكان إستخ[illegible] مثل هذه المحاولات فى مثل هذه المحيطات. وأن أربع صعوبات رئيسية [illegible] مشاكل أخلاقية، ونقص مقاييس عواقب موضوعية، ومقاومة من الميدان [illegible] مقاومة لمقارنة علاجات - محددة بواسطة ماك فيرسون (Mc Pherson, 1994) لاتوجد حقيقة فى هذه المحيطات. حقاً، إن إحدى النواحى الإيجابية [illegible]علاجات المجتمعية فى السنوات الحديثة قد كان قبولها الاحتضان سلسلة [illegible]ة من منهجيات البحث فى تقويم نجاح العلاج. والصعوبات الرئيسية [illegible] فوق المخصص العشوائى لبرامج علاج المرضى (واضعين فى الذه[illegible] الآراء الديمقراطية للمقيمين فى إنتقاء الأفراد هى جزء رئيسى من البرنامج) [illegible]معدل المرتفع للإنهاك مع العلاج (الذى يجعل الحالة بالنسبة لمحاولة عملية أ[illegible] منها تفسيرية)، وبعض الصعوبات فى إنتقاء المقاييس الصائبة .

وشملت كل الدراسات دراسات جماعية تم تتبع المرضى فيها وفى بعض الحالات قورنوا بأولئك المرضى الذين أحيلوا إلى العلاج ولكن لم يُقبلوا للرعاية، أساساً بسبب عدم تقديم تمويل من سلطاتهم الصحية المتعلقة. وكانت نتائج مثل هذه الدراسات مؤثرة، مع توفيرات لأكثر من ١٢٥٠٠ جنيهاً إسترلينياً لكل مريض [illegible] يبقون كمرضى داخليين لفترات طويلة (Dolan et al., 1996). ومع ذلك يجب ملاحظة أن مجموعة المقارنة لايحتمل أن تكون قابلة للمقارنة مع أولئك المنتقين للرعاية فى العلاج المجتمعى. ويمكن للعملية الديمقراطية أن تنتقى على نحو تفضيلى المرضى الأكثر احتمالاً لأن يؤدوا على نحو جيد (أو على الأقل يمكن أن يسلموا بتنفيذ هذه المهمة). وحتى تفحص عملية مثل هذه وتشمل كل المرضى العشوائيين، فإن مثل هذه المقارنات لها قابلية للتطبيق محدودة.

ويوجد دليل موقفى كاف يوصى بأن العلاج المجتمعى قد يكون فعالاً بشكل جيد بالنسبة لبعض المرضى ذوى اضطراب الشخصية الشديد على الأقل. ورغم ذلك، فإن معرفة ماإذا كانت هذه المجموعة سوف تصبح حالتها جيدة على قدر متساو مع علاجات مختلفة فلا يمكن تقريبها على أساس الدليل الحالى. ومع ذلك حتى الآن يوحى بالتأكيد بأنه توجد بعض عناصر علاجية هامة فى نطاق هذه الأنظمة وأنها تستحق أن تقوم بمزيد من القرب .

وقد قورن العلاج السلوكى الجدلى (DBT) للمرضى بعد الانتحار ذوى اضطراب الشخصية الحدية بالمعالجة المألوفة فى تجربة هامشية، ووجد أنه أفضل من المعالجة المألوفة فى تخفيض محاولات الانتحار وعدد الأحداث المعالجة طبياً فى سنة العلاج (Linehan et al., 1991). علاوة على ذلك، لم توجد فروق بين المعالجة المألوفة والعلاج السلوكى الجدلى فى مستويات الاكتئاب المقررة،

والتفكير الانتحارى، واليأس، ومبررات الحياة خلال مرحلة الدراسة الخاصة بالعلاج. ولكن تلك النساء اللاتى تلقين العلاج السلوكى الجدلى قررن غضباً أقل وتوافق اجتماعى أفضل مقارنة بالنساء اللاتى تلقين معالجة مألوفة. وكانت [illegible] المعالجون مدربون على نحو مرتفع، وكل المشاركين فى هذه الدراسة كن نساء مما قد يحد من عمومية هذه الدراسة. ومع ذلك، أدت هذه الدراسة الهامة والمبتدعة إلى تنمية إهتمام فى العلاج النفسى بالنسبة لهذه المجموعة من المرضى ذوى الميول الانتحارية المعروفين بأن لهم معدل إنتحار مرتفع نسبياً مقارنة بالمرضى العقليين الآخرين والمجتمع العام (Stone, 1993) .

وقد أجريت دراسة لتقويم العلاج المعرفى المختصر بالنسبة للمرضى ذوى اضطراب الشخصية الذين يؤذون أنفسهم على نحو متكرر (Evans et al.,1999). تم إختيار المرضى بشكل عشوائى للمعالجة المألوفة أو للعلاج المعرفى المختصر. وأوضحت النتائج مدى صلاحية العلاج المعرفى الموجز فى علاج المرضى شبه الإنتحاريين حيث أدى إلى خفض معدل سلسلة الأذى الذاتى مقارنة بالمعالجة المعتادة، ورغم ذلك، فبسبب الأعداد الصغيرة فى الدراسة (ن=٣٤)، فلا يمكن الوصول إلى استنتاجات فى هذه المرحلة عن القيمة العامة للعلاج المعرفى المختصر.

وإحدى الصعوبات فى تقويم المعالجة النفسية الاجتماعية أو أى معالجة لاضطرابات الشخصية هو صعوبة الوصول إلى إجماع على مايتم توقعه بدقة من التغير الذى يُحدثه العلاج. لذلك، فهذا الأمر يحتاج إلى إجراء دراسات إكلينيكية عديدة لفحص النماذج المفسرة لاضطرابات الشخصية وعلاجها مستخدمة ومجموعات تجريبية ومجموعات ضابطة، كما تُستخدم تصميمات عشوائية .

مراجع الفصل الثامن:

1- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn. Washington, DC: American Psychiatric Association.

2- Andrews, G. (1991). The essential psychotherapies. British Journal of Psychiatry, 162, 447- 451.

3- Barton, R. (1959). Institutional neurosis. Bristol: John Wright.

4- Beck, A. T., Freeman, A. and Associates (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York: The Guilford Press.

5- Beck, J. S. (1996). Cognitive therapy for personality disorders. In Salkovskis P. (ed.) Froniters of cognitive therapy. The Guilford Press. New York: London.

6- Benjamin, L. (1993). Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders. New York: The Gulford Press.

7- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss, Volume 2- Separation: Anxiety and Anger. London: Hogarth Press.

8- Campling, P. (999). Boundaries: discussion of a difficult transition In: Therapeutic Communities: Past, Present and Future, eds Campling, P. and Haigh, R. PP. 90-98. London: Jessica Kingsley.

9- Davidso[illegible] disorders: a treatment manual. Oxford: Betterwoth-Heinemanm.

10- Davidson, K. & Tyrer, P.(1996). Cognitive therapy for antisocial and borderline personality disorders: Single case series. British Journal of Clinical Psychology, 35, 413-429.

11- Dolan. B., Norton, K., & Warren, F. (1996). Costoffset following specialist treatment of severe personality disorder. Psychiatric Bulletin, 20, 413-417.

12- Dree[illegible]n, L., Hoekstra, R., & Arntz, A. (1997). Personality disorders do not influence the results of cognitive and behavior therapy for obsessive compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders, 11, 503-521.

13- [illegible]rds, D. (1990). Cognitive therapy and the restructing of early memories throught guided imagery. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 4, 33-50.

14- Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J. (1999). Manualassisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomised controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. Psychological Medicine, 29, 19-25.

15- Haigh, R. (1999). The quintessence of a therapeutic environment: five universal qualities. In: Therapeutic Communities: Past, Present and Future, eds Campling, P., & Haigh, R., (PP. 246-257). London: Jessica Kingsley.

16- Higgitt, A., & Fonagy, P. (1992). Psychotherapy in borderline and narcissistic personality disorder. British Journal of Psychiatry, 161, 23-43.

17- Hyler, S. (1994). Personality Diagnostic Questionnair-4. New York: New York State Psychiatric Institute.

18- Jones, M. (1952). Social Psychiatry: A study of Therapeutic Communities. London: Tavistock Press.

19- Joness, M. (1956). Industrieal rehabilitation of mental patients still in hospital, Lancet, ii, 985- 987.

20- Kernberg, O. (1984). Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, Connecticut: Yale University Press.

decision making. Journal of Epidemiology and Community Health, 48, 6-15.

29- Norton, K., & Hinselwood, R. (1996). Severe personality disorders: treatment issues and selection for [illegible] British Journal of Psychiatry, 168, 723- 731.

30- Padesky, C., & Greenberger, D. (1995). Clinician's gude to mind over mood. New York: The Guilford Press.

31- Persons, J. & Bertagnolli, A. (1994). Cognitive- behavioural treatment of multiple- problem patients: application to personality disorder. Clinical Psychology and Psychotherapy, 1, 279- 285.

32- Rapoport, R. (1960). Community as doctor: New perspectives on a therapeutic community. London: Tavistock Publication.

33- Ryle, A. (1997a). The structure and development of borderline personality disorder: A proposed model. British Journal of Psychiatry, 170, 82- 87.

34- Ryle, A. (1997b). Cognitive analytic therapy and borline personality disorder. Chichester: John Wiley.

21- Kernberg, O., Burstein, E., & Coyne, L. (1972). Psychotherapy and Psychoanalysis: Final report of the Menninger foundation's psychotherapy research project. Bulletin of the [illegible]

22- Kohut, H. (1975). Thhe Restoration of the Self. New York: International Universities Press.

23- Lazarus, A., & Lazarus, C. (1991). Multimodal Life History Inventory, Second edition. Champaign, Illinois: Research Press.

24- Linehan, M., Armstrong, H., & Suarez, A. (1991). Cognitive-behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry, 48, 1060-1064.

25- Linehan, M. (1993). Cognitive therapy for borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

26- Manning, N. (1989). The Therapeutic Community Movement: Charisma and routinization.

27- Masterson, J. (1976). Psychotherapy of the Borderline Adult. New York: Brunner/Maazel.

28 McPherson, K. (1994). The best and the enemy of the good: randmised controlled, Uncertainty, and assessing the role of patient choice in medical

35- Shea, M., Pilkonis, P., & Beckhan, E. (1990). Personality disorder and treatment outcome in the NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program. American Journal of Psychiatry, 147, 711-718.

36- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. Psychiatric Quarterley, 7, 467- 489.

37- Stone, M. (1993). Long-term outcome in personality disorder. Britsh Journal of Psychiatry, 162, 299-313.

38- Van Velzen, C., & Emmelkamp, P. (1996). The assessment of personality disorder: implications for cognitive and behavior therapy. Behavior Research and Therapy, 34, 655-668.

39- Young, J. (1990). Cognitive therapy for personality disorders: a shema-focused approach. Florida: Professional Resource Press.

40 Young, J. (1994). Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. (Revised edition). Practitioner's Resource Series. Florida Professional Resource Press.

الفصل التاسع

علاج اضطرابات القلق

فى هذا الفصل سوف نتناول العلاجات الشمولية، المتضمنة العلاجات السيكودينامية والعلاجات الوجودية والإنسانية، ثم نتناول العلاج المعرفى السلوكى الخاص بكل اضطراب من اضطرابات القلق.

العلاجات الشمولية
Global Therapies

يتبع ممارس العلاج الشمولى نفس الإجراء العام بصرف النظر عن اضطراب العميل الخاص، ويحاول المعالجون السيكوديناميون مساعدة كل عملائهم على تبين وحل تأثير الأحداث. وباستخدام هذه الإجراءات كالتداعى الحر وباقتراح تأويلات على نحو لطيف، فإنهم يقودون العملاء إلى بحث الدفعات الراسخة الجذور، والاحتياجات، والصراعات التى تؤسس إنفعالاتهم وسلوكهم متوقعين أن الاستبصارات الناتجة سوف تعمل فى النهاية على الشفاء. ويحاول المعالجون الإنسانيون والوجوديون، من ناحيتهم مساعدة العملاء على أن يصبحوا أكثر وعياً وقبولاً لأفكارهم ومشاعرهم الحقيقية، متوقعين أنه بهذه الطريقة سوف يتعلمون قيادة حياة أكثر أصالة ونضجاً.

العلاجات السيكودينامية

Psychodynamic Therapies

يعمل ممارسو العلاجات السيكودينامية المتنوعة لمساعدة المرضى القلقين [illegible] ... انها فى جذور اضطراباتهم. ويحاول المعالجون السيكوديناميون الكلاسيكيون، على سبيل المثال، مساعدة العملاء على أن يصبحوا أقل خوفاً من دفعات الهو وأكثر قدرة على التحكم فيها بنجاح. وعلى النقيض، يساعد معالجو العلاقات بالموضوع المرضى القلقين على تحديد وحل مشاكل علاقات الطفولة التى تثير القلق والتى تبدو أنها تتكرر فى الرشد. ويسعى معالجو الذات إلى مساعدة المرضى القلقين على بناء ذات متماسكة من الذات الهشة التى يعتقدون أنها تُبقى على القلق المتواتر (Cillman, 1990; Zerbe, 1990; Compton, 1992) .

وفى الحالة التالية، يستخدم المعالج تقنيات التحليل النفسى وتفسيراته على مساعدة عميل على التغلب على اضطراب القلق العام الخاص به. كان العميل شاباً ناجحاً من الناحية المالية، غير قادر على التمتع بنجاحه، وشعر بأنه أدنى من الآخرين، وكانت لديه حياة اجتماعية محدودة جداً.

وكُشفت فى غضون التحليل حقائق كثيرة فسرت عدم قدرته على التمتع بنجاحه المادى، ويأسه من الحصول على علاقة ودودة مع فتاة ... وباختصار كانت هذه الصعوبات جميعها مغروسة فى الذنب المستمر من صراعات أوديبية غير محلولة ومشاعر خاصة بسفاح الأقارب بالنسبة ... ورمز النجاح المادى وبقاؤه المساند الوحيد للأسرة بالنسبة له رغبة الطفل ... أن يستبدل ويتخطى والده. ومن ثم حينما أنجز رغبته الصادقة لإعطاء ...

... الكثيرة فى ... للتعويض بالنسبة لسنواتها ... صراع حاد. وأبقى دائماً تعلقه القوى بأمه، حيث كانت بمثابة الشخص الوحيد المتفهم والمعتدل فى كل بيئته البائسة. وكانت لديه كذلك مشاعر رقيقة جداً تجاه أخته ... أعضاء أسرته الذكور الذين أساءوا إليه دائماً بالكراهية والتمرد والرغبة فى التفوق عليهم.

(وعلى مدى منهج العلاج)، رأى بوضوح مدى ما كان عمله مسئولاً عن خلق صراعات فعلية وصعوبات عصابية لأنه كان حجر عثره فى تحقيق دوافعه التنافسية. وبصرف النظر عن الأسباب الشعورية تبين كذلك أن الدوافع اللاشعورية لطموحاته فى أن يكون رجل أعمال مستقلاً وناجحاً جعلته يسعى لأن يكون من الناحية المادية أقوى من أخوته وأبيه لتكون لديه القوة فوقهم، ويجعلهم معتمدين عليه إذا استطاع ذلك. كما أصبح أكثر وعياً بتقدم التحليل عن السبب فى أنه أصبح متعباً بشكل تدريجى من العمل. وفقد طموحه، وأصبح لديه أنواعاً من القلق التى زادت بشكل أسوأ. وتبين طموحاته لأن يكون أكثر نجاحاً من أخوته الأكبر ومن أبيه، تحقق كذلك من طموحات طفولته وفترة بلوغه، التى حملت حينئذ الرغبة الأوديبية وبذلك كانت مشحونة بإحساس قوى بالذنب.

وبهذا (الاستبصار) والعمل خلال العدوانية بدأ المريض يحقق الثقة بالذات فى عمله وعلاقاته الاجتماعية والأسرية. وأصبح أقل خوفاً من مساعديه فى العمل. وبدأ ينمى مشاعر وجدان أصيلة لأعضاء متنوعين فى أسرته. وبدأ فى مقابلة شباب تدريب الكلية حتى يثير مناقشات شجاعة ضد آرائهم. وفى هذه الفترة إشترى سيارة أفضل، تلك التى تجنبها من قبل، كما بدأ يهتم

بنفسه فى الرياضة. وأصبح طموحاً لتعويض قصوره فى التعليم، وبدأ يدرس، وذهب إلى المسرح. وفى النهاية قرر أن يبيع مؤسسة عمله، ليستريح لفترة. (Lorand, 1950: 37- 43).

ولم يدعم البحث الضابط فاعلية المجالات السيكوديناميـة فى حالات اضطراب [illegible] ...يل بأن العلاج السيكودينامى هو على أحسن حال متواضع فى مساعدة الناس الذين يعانون من الأعراض الواسعة لاضطرابات القلق العام وذو مساعدة قليلة لأولئك الذين يعانون من اضطرابات القلق الأخرى، مثل الاضطرابات الخاصة بالرهاب والوسواس القهرى (Salzman, 1980; Nemiah, 1984) .

وفى الحقيقة، قال فرويد Freud نفسه أن التقنيات السيكوديناميـة وحدها قد تكون غير كافية لشفاء الاضطرابات الرهابية: «يستطيع الفرد بصعوبة أن يتغلب دائماً على رهاب إذا إنتظر حتى يجعل المريض التحليل يؤثر عليه فى التوقف عنها. وينجح الفرد فقط حينما يستطيع أن يستحثها خلال تأثير التحليل... لأن تطوف وحدها وتناضل مع قلقها بينما يقوم بالمحاولة» (Freud, 1955: 399- 400) .

وفى الواقع، قد يضيف العلاج السيكودينامى إلى صعوبات المرضى باضطرابات وسواسية/ قهرية (Salzman, 1980) وإدعى أن تركيز السيكودينامى على التداعى الحر والتأويل دون تعمد يلعب داخل ميل الشخص الوسواس/القهرى على التأمل والافراط فى التفسير (Noyes, 1971). وهكذا يفضل بعض المعالجين السيكوديناميين أن يستخدموا علاجات سيكودينامية معينة قصيرة المدى مع هؤلاء العملاء، وعلاجات أكثر مباشرة وقائمة على العمل من التقنيات الكلاسيكية. وفى أحد المجالات ينصح المعالج المرضى بالوسواس/القهرى بشكل مباشر أن وساوسهم هى حيل دفاعية ويحثهم على أن يتوقفوا عن التصرف على نحو قهرى (Salzman, 1980, 1985) . ولم يوضح البحث حتى الآن ما إذا كانت هذه المجالات الأجدد هى حقاً أكثر فاعلية من العلاجات السيكوديناميـة (Hirschfeld & Goodwin, 1988) .

العلاجات الإنسانية والوجودية

Humanistic and Existential Therapies

مثل المعالجين السيكوديناميين، يعامل المعالجون الإنسانيون والوجوديون كل الاضطرابات بطريقة متماثلة تزيد أو تقل. فيحاول المعالجون الإنسانيون فى العلاج المتمركز حول العميل أن يبينوا نظرة إيجابية غير مشروطة لعملائهم وأن يتعاطفوا معهم، متوقعين أن جوا من القبول والرعاية الأصليين سوف يقدم لهم الأمن الذى يحتاجونه ليتعرفوا على احتياجاتهم، وأفكارهم، وانفعالاتهم الحقيقية (Raskin & Rogers, 1989). وهدف المعالجين هنا هو مساعدة العملاء على أن «يخبروا» أنفسهم- أى، يصبحوا واثقين تماماً من قدراتهم الطبيعية وأمناء ومستريحين مع أنفسهم. وحينئذ سوف ينخفض قلقهم وأعراضهم الأخرى الخاصة بالاختلال النفسى الوظيفى.

ويصف «روجرز» كيف أن العلاج المتمركز حول العميل ساعد فى حالة مسز أوك Mrs. Oak فى التغلب على القلق والأعراض المتعلقة التى كانت تمزق حياتها.

فكانت السيدة «أوك» ربة منزل فى أواخر الثلاثينيات وكانت فى علاقة متنافرة مع زوجها ومضطربة كذلك كثيراً فى علاقتها مع إبنتها المراهقة، التى كانت حديثاً تمر بمرض خطير تم تشخيصه كمرض جسمى من أصل نفسى

Psychosomatic . وشعرت «أوك» بأنها يجب أن تُلام على [illegible] المرض. وكانت هي نفسها إنسانة حساسة، متلهفة على أن تكون أمينة [illegible] نفسها وتصل إلى أسباب مشاكلها. وكانت إنسانة بقليل من التعليم الرسمي بيد أنها ذكية وواسعة الإطلاع.

وبالوصول إلى المقابلة الخامسة تلاشى أى تركيز على [illegible] وانتقل التركيز الرئيسى للعلاج إلى خبرة نفسها وردود أفعالها الانفعالية. وشعرت فى أوقات أنها يجب أن تكون «مؤثرة فى مشاكلى» ولكن حيث [illegible] شعرت بالإنجذاب إلى هذه الخبرة لدرجة أنها أرادت نوعاً ما أن تستخدم العلاج لما أسمتها «أشكال الغموض» Vaguenesses . وكان هذا اصطلاح [illegible] حيث عبرت عن نفسها فى نصف جمل، ومشابهات شعرية، وتعبيرات [illegible] أكثر مثل تخييل. وكانت إتصالاتها من الصعب متابعتها أو فهمها ولكنها تضمنت بوضوح كثيراً من الشعور العميق الذى يُخبر فى الحاضر المباشر.

وكانت على غير العادة حساسة للعملية التى كانت تخبرها فى نفسها. ولاستخدام بعض من تعبيراتها، كانت تشعر بقطع من لغز الصور المقطوعة، وكانت تغنى أغنية بدون كلمات، وكانت تبدع قصيدة. لقد كانت تتعلم طريقة جديدة تخبر بها نفسها مثل تعلم قراءة برايل (طريقة قراءة للمكفوفين). وكان العلاج إخبار عن نفسها فى كل نواحيها وفى علاقة آمنة. ففى البداية كان ذنبها وشأنها بكونها مسئولة عن سوء توافق الآخرين. وبعد [illegible] كانت كراهيتها ومرارتها تجاه الحياة التى خدعتها وأحبطتها فى كثير [illegible] المجالات المختلفة، بصفة خاصة المجال الجنسي، وبعد ذلك كانت خبرة إيذاء [illegible] خاص، والأسى الذى شعرت به بالنسبة لنفسها لما عانت من جرح. وبالإضافة [illegible] ذلك كانت خبرة الذات باعتبارها تملك القدرة على كل شيء، وذات [illegible] يمكن تحب

بشكل إمتلاكى تجاه الآخرين ولكن كانت «بدون كراهية» ذات إهتمت بالآخرين. واستمر هذا متابعاً ماكان بالنسبة لها، إحدى أعمق الخبرات فى العلاج.. التحقق من أن المعالج قدم رعاية، إنها فى الحقيقة كانت تهمه وكيف أن العلاج إنتهى لصالحها، إنه قدرها فى الحقيقة.

وخبرت سلامة إتجاهاتها الأساسية. وأصبحت واعية على نحو تدريجي بحقيقة أنها رغم بحثها فى كل ركن بنفسها، لم يوجد شيء سيء على نحو أساسي، ولكنها من حيث الجوهر كانت إيجابية وسليمة. وتحققت من أن القيم التى اعتنقتها بعمق كانت فى تباين مع ثقافتها، ولكنها قبلت ذلك بهدوء...

وإحدى المميزات الظاهرة للمقابلات كانت فى أدنى إعتبار لسلوكها الخارجي. وبمجرد أن حلت قضية لها، ذكرت العواقب السلوكية مصادفة فقط. وبعد أن «شعرت» بطريقها خلال العلاقة مع إبنتها المراهقة، كان يوجد ذكر قليل لسلوكها تجاه الإبنة حتى بعد كثير حينما ذكرت عرضياً أن العلاقة كانت أفضل كثيراً. وبالمثل، بالنسبة للعمل، فإنها لم تعمل إطلاقاً خارج المنزل وأرهبها التوقع، ومع ذلك إعتقدت أنه هام للغاية إذا كان لها أن تشعر بالاستقلال عن زوجها. وحلت فى النهاية القضية بمشاعرها إلى حد أنها قالت إنها الآن إعتقدت أنها يمكن أن تبحث أو تشغل عملاً. ولم تذكره إطلاقاً مرة ثانية... وكان نفس الشيء بالنسبة لزواجها. وقررت أنها لا تستطيع الاستمرار فى زواجها ولكنها لم ترغب أن تحطم الزواج فى معركة أو باستياء وأذى. وباختصار بعد إنتهاء العلاج حققت هذا الهدف الخاص بالانفصال والطلاق الذى تم الاتفاق عليه بشكل مشترك.

وحينما تركت العلاج، كانت تشعر أنها سوف تستمر فى التقدم. وشعرت أن العلاقة مع المعالج قد كانت مفيدة جداً وبإحساس نفسى لن يتوقف أبداً.

ومع ذلك خرجت من المكتب مستعدة أن تواجه حياتها، مع أنها تحققت أن هذا لن يكون سهلاً (Rogers, 1954: 261- 264) .

وبالرغم من هذا وتقارير تفاؤلية عن حالات أخرى، فقد فشل البحث فى أن يبين أن المجالات الإنسانية والوجودية هى علاجات فعالة بصفة عامة لاضطرابات القلق. وتقترح الدراسات السابقة أن مجال روجرز المركز حول العميل يكون فقط أكثر فاعلية من تقديم علاج لمجرد الترضية أو لاشىء على الاطلاق (Greenberg et al., 1994) . علاوة على ذلك، كانت توجد دراسات قليلة نسبياً خاصة بمجالات أخرى إنسانية أو وجودية لاضطرابات القلق، أساساً لأن ممارسى هذه المجالات يعتقدون أن الطرق التجريبية لا تستطيع اختبار صدق تركيزهم، وتقنياتهم وأهدافهم الفنومنولوجية (Prochaska & Norcross, 1994) .

العلاج المعرفى السلوكى

Cognitive- Behaviour Therapy

١- علاج اضطراب الهلع:

من المقبول بصفة عامة أن الملمح المركزى لاضطراب الهلع بدون الخوف من الأماكن الواسعة هو عدم القدرة على ضبط الاحساسات الجسمية الناتجه عن سوء تفسيرات الفواجع الخاصة بتلك الاحساسات (Clark, 1986). ويقوم كثير من أشكال العلاج المعرفى لاضطراب الهلع بشكل محكم على هذا التفسير النظرى. على سبيل المثال، اقترح كلارك وسالكوفسكيس (Clark & Salkovskis, 1986) علاجاً معرفياً لاضطراب الهلع كان التركيز فيه على تحدى الأفكار المختلة وظيفياً (على سبيل المثال، التفسيرات الفاجعة للاحساسات الجسمية) وعلى استبدالها بأفكار منطقية. ونوقش الدور [illegible]

للشكوى المفرطة كصلة بين الأعراض البدنية والقلق. وراقب المرضى الأفكار التلقائية التى تسبق أو تصطحب نوبات الهلع.

وقيمت فكرة أن الشكوى المفرطة تلعب دوراً سببياً فى نوبات الهلع بشكل مباشر بواسطة جارسن وزملائه (Garssen et al., 1996). وإتخذوا [illegible] عرضوا أنفسهم لمواقف استثارة الخوف. وكان يوجد دليل على الشكوى المفرطة فى ٤٪ فقط من نوبات الهلع المفرطة. وقد أدى هذا «بجارسن وزملائه» (١٩٩٦) إلى أن يستنتجوا التالى: «يمكن التخلى عن الفرض بأن الشكوى المفرطة هى ميكانيزم هام منتج للعرض فى الهلع» (ص٥١٣).

وقد ثبت نجاح صورة العلاج المعرفى وصوره المعدلة قليلاً. وأجرى أوتو وزملاؤه (Otto et al., 1995) تحليل ميتا لنتائج العلاج القائم على ٤٣ دراسة ضابطة مع علاجات فارماكولوجية، ومعرفية/سلوكيه، وفارماكولوجية ومعرفية/سلوكية ممتزجين. وإستنتجوا مايلى «قدم تحليلنا مساندة قيمة للاستنتاج بأن العلاج المعرفى (المعرفى/السلوكى) هو على الأقل فعال كالعلاجات الفارماكولوجية، ويقدم تأثيرات قوية على مقاييس تكرار الهلع باعتبارها مقاييس كلية للعواقب. وبالإضافة إلى ذلك، فإن العلاج المعرفى/السلوكى مقارنة بالعلاج الفارماكولوجى يرتبط بمعدلات أدنى من الانهاك، ويبدو أنه ينتج عاقبة والمدة طويلة المدى» (ص٨٤٠).

وتوصل أرنتز وفان دين هاوت (Arntz & van den Hout, 1996:113) إلى استنتاج مماثل: «وبالرغم من بعض الفروق بين العلاجات المعرفية المتنوعة، فإن النتائج تبدو مماثلة بشكل ملحوظ: تنوعت النسب المئوية للمرضى الخالين من الهلع بعد العلاج من ٧٥٪ إلى ٩٠٪، وبدا أن العلاج المعرفى أفضل

بوضوح من قائمة الانتظار– Waiting list أو العلاجات النفسية القائمة على مجرد الزمنية (العلاج الوهمى) (مثل العلاج التدعيمى أو الاسترخاء المتدرج Progressive relaxation)، وبدا العلاج المعرفى فعالاً مثل العلاج الفارماكولوجى على الأقل».

وأجرى «أرنتز وفان دين هاوت» (١٩٩٦) دراستهما الضابطة التى قارنا فيها العلاج المعرفى المبنى على الفرض النظرى «لكلارك وسالكوفسكيس» (١٩٨٦) بالاسترخاء التطبيقى Applied relaxaion القائم على تقنيات إبتكرها أوست Ost. وتضمن الاسترخاء التطبيقى تعليم المرضى مهارات الاسترخاء التى تم تعليم تطبيقها بأسرع مايمكن عند ظهور علامات الهلع. وعند نهاية العلاج بالاسترخاء التطبيقى، أعطى المرضى تعرض تدريجى فى «الجسم الحى» Vivo لمواقف مخيفة، وبذلك يمكن أن يمارسوا مهارات استرخائهم. وكان العلاج المعرفى أكثر فاعلية على نحو دال من الاسترخاء التطبيقى فى خفض حدوث نوبات الهلع. وفى نهاية العلاج، كان ٧٨٪ من مرضى الهلع الذين تلقوا علاجاً معرفياً خاليين من الهلع، مقارنة بـ٥٠٪ فقط من أولئك الذين تلقوا إسترخاء تطبيقياً. وعلى نحو الدقة كانت نفس النسب خالية من الهلع عند التتبع لمدة ستة شهور. وهذه النسب المئوية مماثلة جداً لتلك المقررة بواسطة كلارك وزملائه (Clark et al., 1994) فى دراستهم لتأثير العلاج المعرفى والاسترخاء التطبيقى.

ويبدو معقولاً إفتراض أن التركيز النوعى جداً للعلاج المعرفى على أعراض الهلع يعنى أنه أكثر إحتمالاً أن يُخفض حدوث نوبات الهلع من أن يُحدث تأثيرات نافعة أخرى. فى هذه الصلة يكون من المهم ملاحظة أن المرضى فى دراسة «أرنتز وفان دين هاوت» (١٩٩٦) لم يكن لديهم خوف أو خوف

معتدل من الأماكن الواسعة. وفى دراسة سابقة، فحص فان دين هاوت وزملاؤه (van den Hout et al., 1994) فاعلية العلاج المعرفى على مرضى الهلع المصابين بالخوف من الأماكن الواسعة. فقد خفض العلاج المعرفى حدوث الهلع، ولكن كان له تأثير قليلاً أو معدوماً على تجنب الخوف من الأماكن الواسعة. ولكن لم يُخفض من نوبات الهلع.

وقرر وليامز وفالبو (Williams & Falbo, 1996) دليلاً إضافياً بأن اضطراب الهلع مع الخوف من الأماكن الواسعة أكثر صعوبة فى العلاج من اضطراب الهلع بدون خوف من الأماكن الواسعة. لقد أخذا فى الاعتبار فاعلية العلاج االمعرفى وعلاج التعرض والعلاج المشترك. ولقد وجدا أن ٩٤٪ من مرضى الخوف المنخفض من الأماكن الواسعة كانوا خاليين من الهلع بعد العلاج مقارنة بـ ٥٢٪ فقط من مرضى الخوف المرتفع من الأماكن الواسعة. واستنتج «وليامز وفالبو» (١٩٩٦): «يستطيع الشخص أن يحصل على صورة مضللة لفاعلية المعالجة بالاختيار لتشخيص سيكاترى (فى هذه الحالة، بالنسبة لاضطراب هلع نقى) أكثر منه بالنسبة لظاهرة الاهتمام النفسية للدريئة (نوبات هلع). إذا أراد شخص أن يعرف بصفة عامة كيف أن علاجات الهلع تؤثر فى نوبات الهلع، فإنه من الأفضل الإنتقاء لوجود نوبات الهلع، وليس لغياب المشاكل الأخرى» (ص٢٦٣).

ويتبع من نظرية العوامل الأربعة للقلق الإكلينيكى، أنه قد يكون ممكناً تخفيض أعراض مرضى اضطراب الهلع بتخفيض تحيزهم المتعمد الانتقائى لاحساساتهم الجسمية الخاصة. وقرر ويلز (Wells, 1990) دراسة حالة تلقى فيها مريض باضطراب الهلع علاجاً يقوم على تعليمه كيف يوجه الانتباه إلى مثيرات خارجية أكثر من مثيرات داخلية. وثبت أن هذا أكثر نجاحاً على نحو ملحوظ من العلاج الإسترخائى.

وتلخيصاً، فإن العلاج المعرفى المركز إلى حد كبير للغاية على إساءة تفسير الاحساسات الجسمية بواسطة مرضى الهلع قد برهن على إنه ناجح إلى أقصى حد. ومثل هذا العلاج المعرفى يُحتمل تماماً أنه ينجح إذا ما حاول مرضى اضطراب الهلع أن يتجنبوا استخدام سلوكيات السعى [illegible] (Salkovskis et al., 1996) . وكما يمكن توقعه، فإن مثل هذا العلاج المعرفى يكون أكثر فاعلية لدى مرضى الهلع بدون الخوف من الأماكن الواسعة منه لدى مرضى الهلع مع الخوف من الأماكن الواسعة(van den Hout et al., 1994). ويتسق مثل هذا الدليل مع فكرة أنه من الأسهل كسب فهم نظرى للعلاج المعرفى الفعال وتنميته من أجل اضطرابات القلق المحددة نسبياً.

٣- علاج اضطراب الوسواس/القهرى:

بالنسبة لمرضى اضطراب الوسواس/القهرى، تنطبق عدم القدرة على الضبط المدركة للأعراض أساساً على أفكارهم الوسواسية الخاصة. وقبل الأخذ فى الاعتبار للمضمونات الممكنة للنظرية الإكلينيكية الخاصة بعلاج اضطراب الوسواس/القهرى، فإنه يستحق تذكير أنفسنا بالعوامل الرئيسية المزعومة فى تحديد الأفكار الوسواسية. **أولاً**: يوجد إحساس مبالغ فيه بالمسئولية الشخصية، التى تزيد بشدة الكراهية المدركة الخاصة بعواقب التهديد. **ثانياً**: يوجد ميل للمرضى المصابين باضطراب الوسواس/القهرى لأن يبالغوا بشدة فى احتمال مثل هذه النتائج الخاصة بالتهديد، والأفكار أكثر [illegible] احتمالاً لأن تصبح وسواسية عندما يكون الاحتمال الذاتى لعاقبة [illegible] وكراهية تلك العاقبة كلاهما مرتفعاً. وباصطلاحات تقريبية، توجد علاقة مضاعفة بين الاحتمال الذاتى وكراهية العاقبة فى تحديد مدى احتمال وجود أفكار حوازية مزعجة.

وزعم سالكوفسكيس (Salkovskis, 1985, 1989, 1996) أن الاحساس بالمسئولية الشخصية يكون ذا أهمية مركزية فى معظم حالات اضطراب الوسواس/القهرى. على سبيل المثال، فطبقاً لسالكوفسكيس (١٩٩٦) فإن مرضى الوسواس القهرى يظهرون عدداً من أخطاء التفكير المميزة المتصلة بصعوباتهم الوسواسية. ومن المحتمل أن الأكثر نمطاً وأهمية هو فكرة أن «أى تأثير بسبب العاقبة= المسئولية بالنسبة للعاقبة» (ص١٢١). ومع ذلك، يحتمل أن مستوى مرتفعاً من المسئولية المدركة يكون متعلقاً أكثر جداً ببعض أعراض اضطراب الوسواس/القهرى منه لأخرى. وعلى نحو أكثر تحديداً، فإن فكرة المسئولية قابلة للتطبيق على أفعال (أو نقص فى الأفعال) التى قد تسبب أذى للآخرين (على سبيل المثال، المراجعة Checking)، ولكن أقل بكثير من التصرفات (أو نقص التصرفات) التى قد تسبب أذى للمريض فقط (على سبيل المثال، الاغتسال).

وناقش فان أوبين وأرنتز (Van Oppen & Arntz, 1994) صورة من العلاج المعرفى لاضطراب الوسواس القهرى التى تركز مباشرة على هذه العوامل. كما أوضحا، «قد يكون من المفيد للمريض والمعالج فحص شكلين على نحو مشترك من الخطر كما يُدرك بواسطة المريض: (أ) إذا ماكان المريض يبالغ فى تقدير مصادفة الخطر، و(ب) إذا ماكان المريض يبالغ فى تقدير مدى تتابعات أخطر» (ص٨٢). واحدى طرق فحص الاحتمال الذاتى للخطر هو دعوة المريض إلى التفكير فى الأحداث المتنوعة التى قد تحتاج إلى الحدوث من أجل العاقبة المهددة للمادة. ويكون الاحتمال التراكمى لهذه الأحداث أدنى فى العادة على نحو يؤخذ فى الاعتبار من الاحتمال الذى قدره المريض أصلاً. فكرت مريضة أنه كان يوجد إحتمال بأن منزلها يمكن أن يُهدم بالحريق إذا لم

تطفىء سيجارتها. وقبلت أن هذا يمكن أن يحدث فقط إذا ماوقعت شرار على السجادة، واشتعلت السجادة، وفشلت فى ملاحظة هذا، ولاحظت فى النهاية النار بشكل متأخر بحيث يتم منع المنزل من الهدم بالاحتراق. فى تقديراتها الخاصة، كان احتمال وقوع كل هذه الأحداث ١......ر. .

يمكن أن [illegible] المسئولية بواسطة تقنية الدائرة المقسمة إلى [illegible] مئوية Ple . وبهذه التقنية، يشير المريض إلى درجة المسئولية التى يمكن أن تكون لدى الناس المتنوعين إذا حدثت العاقبة المهددة. وفى النهاية، تعطى درجة مسئولية المريض بواسطة إتمام «الدائرة» التى لا تُفسر بواسطة مسئولية الآخرين. وهذا غطياً أقل بكثير من ادراك المريض لمدى مسئوليته. على سبيل المثال، اعتقد مريض أنه يمكن أن يكون مسئولاً ١٠٠٪ إذا وجد تحطيم سىء لسيارة بعد وقوع دراجته فى الشارع. وفى سؤال مفصل، اعترف أن سائق السيارة يمكن أن يكون مسئولاً ٤٥٪، والطقس مسئول ٢٥٪، والسيارة المقتربة ٢٠٪، وميكانيكى السيارة ٥٪، وتُرك هذا المريض بمسئولية ٥٪ فقط من تحطم السيارة.

وناقش فان أوبين وأرنتز (Van Oppen & Arntz, 1994) مجالين آخرين لتغيير مستوى المسئولية المدركة لدى المريض. أحدالمجالين تقنية «المعيار المزدوج» double standard. وفيه يُسأل المريض عن ما إذا كان يمكن أن يجد شخصاً ما آخر مسئولاً ومذنباً إذا وقعت عاقبة أو حدث مهدد. وعلى نحو نمطى يمكن أن لايحمل المريض الشخص الآخر مسئولية الحدث. والتناقض الرئيسى بين ذلك الرأى ومستوى المسئولية المرتفع جداً والذى يشعر به المريض بالنسبة لأفكاره وسلوكه يتم توضيحه للمريض.

والمجال الآخر هو استخدام تجارب سلوكية للاختبار إمبريقياً ما إذا كان المريض يحتاج إلى أن يشعر بمستوى مرتفع من المسئولية. ويُبين للمريض أن حذف السلوك القهرى (مثل النظافة) لايؤدى فى الواقع إلى كآبة العواقب، وبهذا لا توجد حاجة بالنسبة إلى حدوث إحساس غامر بالمسئولية. على سبيل المثال، مريض كان مهموماً بانه يمكن ان يفقد مالاً إذا إستوفى إستمارة حوالة بنكية على نحو غير صحيح، وقد تم تشجيعه على أن يفعل ذلك بدقة بمبلغ صغير من المال. وأوضح هذا له بأن البنك يمكن أن يعيد إليه المال بالرغم من إستيفائه غير الصحيح للاستمارة.

وقدم فريستون وزملاؤه (Freeston et al., 1996) بعض الاقتراحات المشوقة لعلاج مرضى اضطراب الوسواس/القهرى، القائمة على مجال يشبه ذلك المجال الخاص «بفان أوبين وأرنتز» (١٩٩٤)، وسوف تُذكر بعض اقتراحاتهم هنا. فغالباً مايفرط المرضى فى تقدير أهمية أفكارهم الوسواسية، المؤسسة على الاعتقاد اللامنطقى التالى: «لابد أن يكون هاماً لأنى أفكر فيه، وإنى أفكر فيه لأنه هام» (ص٤٣٧). واحدى طرق تحدى هذا الاعتقاد هى مطالبة المرضى بأن يسجلوا أفكارهم لتوضيح أن أفكاراً غير هامة كثيرة تحدث كل يوم. والطريقة الأخرى فى مطالبة المرضى بأن ينتبهوا بشدة لشىء ما غير هام بوضوح (على سبيل المثال، طرف أنفهم). ويوضح هذا أنه من الممكن تماماً قضاء وقت طويل مفكرين فى أمور لها أهمية ضئيلة جداً.

كما تحدى فريستون وزملاؤه (Freeston et al., 1996) اعتقاد بعض المرضى باضطراب الوسواس/القهرى بأن الأفكار يمكن أن تُزيد احتمال حدث. ويمكن أن يتم هذا بأن يُطلب من المريض أن يشترى تذكرة «ياناصيب»، وأن يقضى ٣٠ دقيقة يومياً يفكر على نحو متكرر فى كسب الرهان. والطريقة

الأخرى هى من أجل أن يحدد المريض جهاز منزلى يعرف أنه فى مرتبة عمل جيدة. ويُطلب من المريض أن يفكر ١٠٠ مرة يومياً أن الجهاز سوف يتحطم فى غضون الأسبوع القادم.

كما حاول فريستون وزملاؤه (Freeston et al., 1996) [illegible] المسئولية المتزايدة التى غالباً ما يخبرها مرضى اضطراب الوسواس/القهرى. وتُستخدم خبرات المرضى بالذنب أو الشعور بعدم الراحة فى تحديد المواقف التى تُدرك فيها المسئولية المتزايدة. وإحدى طرق العلاج هى مطالبة المريض بأن يتنبأ بردود أفعاله إذا حُولت المسئولية إلى شخص ما آخر الذى دفع له مبلغ من المال لرعاية الموقف. ويشير المرضى عادة إلى أنهم يمكن أن يكونوا أقل قلقاً واهتماماً فى هذه الظروف. والطريقة الأخرى هى تحدى تقييمات المسئولية بمطالبة المريض بأن يعمل كمحامى دعوى وكمحامى دفاع لمناقشة مستحقات خاصة بتقديرات المريض. ويُطلب من المريض حينئذ أن يأخذ فى الاعتبار الفروق الكبيرة بين المناقشتين، ويستخدم هذا لتوضيح الطبيعة المتغيرة لتقديرات المسئولية.

وتلخيصاً، برهن العلاج المعرفى لاضطراب الوسواس/القهرى الذى يركز تحديداً على العوامل الرئيسية التى تؤدى إلى الأفكار الوسواسية غير القابلة للضبط على أنه فعال جداً. وهذا إنجاز بأية حال. وفى عام ١٩٨٦، إستنتج دافيسون ونيل (Davison & Neale, 1986: 138) مايلى: «اضطراب الوسواس/القهرى بصفة عامة هو أحد المشاكل النفسية التى يصعب علاجها إلى أقصى حد». ولايقرر بعض المرضى أفكاراً مختلة وظيفياً بخصوص الاحتمال الذاتى أو العواقب الخاصة بالحدث الكريه الذى يقع. والمشكلة الأخرى فى بعض الحالات هى أن العواقب الكريهة التى يتوقعها المرضى تلى انغماسهم فى تجربة سلوكية يمكن فقط إيضاح عدم وقوعها على مدى فترة زمنية طويلة للغاية.

وعلى المستوى النظرى، استنتج فان أوبين وأرنتز (Van Opeen & Arntz, 1994: 86) أن [illegible] هذه غير محسومة، «[illegible] المعرفية لاضطراب الوسواس/القهرى الذى يفاضل بين إدراك الخطر وإدراك المسئولية، وهناك حاجة إلى بحث لاحق لمقارنة تأثير تناول هذه القضايا على نحو مفضل. وقد يشير هذا إلى القضية الأساسية فى علاج اضطراب الوسواس/القهرى». كما أن إدراك الخطر وإدراك المسئولية متصلان معاً. وهكذا يمكن التنبؤ بأن العلاج المعرفى يحتاج إلى أن يركز على كل من إدراك الخطر وإدراك المسئولية إذا ماكان فعالاً على نحو كبير.

٣- علاج الرهاب الاجتماعى:

تتمثل المشكلة المركزية فى الرهاب الاجتماعى فى أن المرضى بهذا الاضطراب يكونوا على نحو جدير بالاعتبار أكثر قلقاً وقصوراً فى المهارة الاجتماعية المطلوبة فى الواقع (Stopa & Clark, 1993). وتتفاقم هذه المشكلة بميل الأفراد ذوى الرهاب الاجتماعى لمواصلة سلوكهم الخاص بشكل متزايد فى المواقف الاجتماعية، ويُفترض أن التحيز المقصود لسلوكهم الخاص هو بصفة عامة نتيجة للتحيز التأويلى Interpretive bias «وبكلمات أخرى، فإن السبب الرئيسى لمواصلة مرضى الرهاب الاجتماعى بشكل متزايد لسلوكهم الخاص يرجع إلى أنهم قد أساؤا من قبل تفسيره باعتباره غير ملائم تماماً.

وسيكون من الخطأ التام إذا إعتقدنا أن المشاكل وحدها التى لدى ذوى الرهاب الاجتماعى تتعلق بتحيزاتهم المعرفية لسلوكهم الخاص. فقد وجد ستوبا

وكلارك (Stopa & Clark, 1993) أن الأداء الاجتماعى الفعلى لذوى الرهاب الاجتماعى كان أسوأ بشكل دال من المجموعات الأخرى. ويشير هذا إلى الأهمية الممكنة لإستخدام التدريب على المهارات الاجتماعية والتقنيات الأخرى المصممة لتحسين السلوك الاجتماعى الفعلى لذوى الرهاب الاجتماعى بالإضافة إلى التقنيات التى تركز على التحيزات المعرفية.

وطبقاً للرأى أعلاه الخاص بالرهاب الاجتماعى، فإنه من المهم فى العلاج إقناع المرضى بأن تفسيراتهم للسلوك الاجتماعى الخاص بهم تكون سلبية بإفراط. وإذا أمكن تخفيض التحيز التأويلى، فإن هذا لابد أن ينتج تخفيضاً فى التحيز الانتباهى نحو سلوكهم الخاص. كيف يمكن تخفيض هذا التحيز التأويلى؟ ففى دراسة هوب وزملائه (Hope et al., 1995)، التى أجرت محاولات لتحدى الأفكار المختلة وظيفياً لذوى الرهاب الاجتماعى، وتقديمها مع تغذية راجعة من الآخرين على آدائهم الاجتماعى. وكان هذا العلاج المعرفى/السلوكى أكثر فعالية بكثير من علاج التعرض فى خفض التحيز التأويلى.

وبالإضافة إلى ماسبق، نجد أن أى تحيز تأويلى يُحتمل أن يكون أكثر ضيقاً حينما يكون المريض قلقاً حالياً بشكل مرتفع. ويوحى هذا بقيمة إرشاد ذوى الرهاب الاجتماعى لتفسير كفاية سلوكهم حينما لايكونوا قلقين. ويمكن إجراء هذا بأخذ تسجيلات مرئية لذوى الرهاب الاجتماعى فى مواقف اجتماعية، وبعد ذلك مطالبتهم بتقدير كفاية أدائهم الاجتماعى بعد ذلك ببعض الوقت فى موقف غير اجتماعى. ويمكن مقارنة تلك التقديرات بتقديرات يتم الحصول عليها فى المواقف الاجتماعية نفسها. ويمكن التنبؤ بأن ذوى الرهاب الاجتماعى سوف يقدرون أداءهم الاجتماعى باعتباره أفضل على نحو دال عند رؤية التسجيلات المرئية فى موقف غير اجتماعى. وقد يؤدى هذا

التوضيح بأن أداءهم الاجتماعى كان غير ملائم حينئذ إلى تحيز تأويلى منخفض لسلوكهم الخاص فى مواقف اجتماعية تالية.

ولايبدو أنه توجد أية تفسيرات منشورة لتجارب إكلينيكية شاملة لهذا المجال. ومع ذلك، قرر رابى وهايمان (Rapee & Hayman, 1996) بعض الأدلة المتعلقة من أسوياء مرتفعى ومنخفضى القلق. وقدمت تلك المجموعتان تقديرات ذاتية خاصة بآدائهم الاجتماعى أثناء وبعد وقت نظر فيديو لآدائهم. والتقديرات الذاتية لأدائهم المؤسسة على الفيديو كانت أكثر تفضيلاً على نحو دال من تلك التى تم الحصول عليها فى المواقف الاجتماعية. وكما استنتج «رابى وهايمان» (١٩٩٦)، «فى حالة الأفراد القلقين اجتماعياً، فإن المدخل من الأعراض الحالية والذاكرة طويلة المدى يفوق أى تغذية راجعة خارجية، وبذلك يقدم تقديراً غير دقيق لأدائهم الخاص» (ص٣٢١).

واستُخدمت صور مختلفة عديدة للعلاج المعرفى فى علاج الرهاب الاجتماعى. وتعتمد بعض المجالات على الإلهاء أو التدريب على التقرير الذاتى، وابتكر هيمبرج (Himberg, 1991) صورة للعلاج الجماعى للسلوك المعرفى تتضمن عروضاً متدرجة خاصة بلعب دور لمواقف رهابية أجريت خلال الجلسات الجماعية. كما يوجد توحد، وتحليل، ونزاع خاص بأفكار غير منطقية، ومع الأفكار غير المنطقية الخاصة بمرضى الرهاب الاجتماعى التى يتم تحديدها بأدلة سلوكية فى محيط المجموعة. ومع ذلك، يبدو محتملاً أنه يمكن أن يكون أكثر صعوبة تخفيض تحيز مرضى الرهاب الاجتماعى الخاص بكفاية سلوكهم الخاص على أساس تقدير الناس الآخرين منه على أساس التقدير الذاتى من تسجيلات الفيديو. وأحد الأسباب هو أن مرضى الرهاب الاجتماعي قد يكونوا ميالين لإنكار تقديرات الآخرين، على سبيل المثال، لأنهم يُدركون كراغبين فى تجنب إيذاء مشاعر المرضى.

وأجرى فيسك وتشامبليس (Feske & Chambless, 1995) تحليل ميتا لـ ١٥ دراسة تقارن العلاج المعرفى/السلوكى وعلاج التعرض للرهاب الاجتماعى. وأتى «فيسك وتشامبليس» (١٩٩٥) إلى الاستنتاج المحدد التالى: «تشير نتائج تحليل ميتا هذا إلى أن التعرض بـ[illegible] تعديلات معرفية يكونا فعالين بقدر متساو فى علاج الرهاب الاجتماعى. و[illegible] أياً من مقارنات تأثيرات العلاج المعرفى (التعرض مع تعديلات معرفية) إلى زيادة تلك التأثيرات الخاصة بالتعرض وحده» (ص٧١٢). ويُدعم هذا الاستنتاج السلبى بدراسة غير متضمنة فى تحليل ميتا. وقارن ميرش (Mersch, 1995) علاجاً تكاملياً (العلاج العقلانى الانفعالى) والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتعرض فى الجسم الحى مقابل التعرض فى الجسم الحى وحده. ولم يكن العلاج التكاملى أفضل من التعرض وحده.

وترى نظرية العوامل الأربعة أن علاج التعرض لابد أن يكون فعالاً إلى حد أنه يعمل على استئصال أو تخفيض التحيزات التأويلية لذوى الرهاب الاجتماعى، والتوقع العام هو أن التحيزات التأويلية لابد أن تنخفض بنجاح أكثر عن طريق العلاج المعرفى منها عن طريق العلاج بالتعرض (Hope et al., 1995) . وجادل ويلز وزملاؤه (Wells et al., 1995) أن التحيزات التأويلية أقل إحتمالاً لأن تنخفض إذا استخدم مرضى الرهاب الاجتماعى سلوكيات البحث عن الأمان (على سبيل المثال، تجنب تلاقى العينين، التحدث بقدر أقل، تجنب الحديث عن الذات) فى موقف التعرض منها إذا لم يفعلوا. والسبب هو أن المرضى الذين يستخدمون سلوكيات البحث عن الأمان يميلون إلى أن [illegible] عدم حدوث النكبات المخافة إلى استخدام هذه السلوكيات، وكما هو متوقع، وجد ويلز وزملاؤه (Wells et al., 1995) أن القلق فى نطاق الموقف والاعتقاد فى النكبة المخافة إنخفضا إلى حد كبير وبشكل دال خلال التعرض حينما أرشد المرضى إلى تجنب سلوكيات البحث عن الأمان.

وطبقاً لنظرية العوامل الأربعة الخاصة بالقلق الإكلينيكى، فإن مرضى الرهاب لديهم تحيز تأويلى لسلوكهم فى المواقف الاجتماعية، وكثير من سلوكيات [illegible] التى توصف بواسطة «ويلز وزملاؤه» (١٩٩٥) تمثل محاولة من جانب مرضى الرهاب الاجتماعى لتقليل الدليل الذى يشير إلى أن سلوكهم غير ملائم. ويمكن أن يأخذ هذا إما صورة إنغماس سلوكى أقل فى موقف اجتماعى (على سبيل المثال، البقاء غير المتواصل) أو رفض أخذ اعتبار للتغذية الراجعة من الآخرين (على سبيل المثال، بتجنب لقاء العيون).

ومما يستحق التأكيد عليه عند هذه النقطة هو أن العلاج المعرفى للرهاب الاجتماعى قد أثبت نجاحه، حتى مع أنه لم يكن واضحاً أنه أكثر نجاحاً من التعرض. وتوجد أسباب ممكنة متنوعة تؤدى إلى أن العلاج المعرفى ثبت أنه ليس أفضل من التعرض. وقُدم سببين لذلك بواسطة «فيسك وتشامبليس» (١٩٩٥): «يؤدى معالجو التدريب (علاج معرفى/سلوكى) جيداً قد يكون أكثر صعوبة ومضيعة للوقت من تأدية معالجى التدريب تعرضاً جيداً... وفى غالبية الدراسات، طُبق العلاج المعرفى السلوكى فى محيطات جماعية مع خمسة عملاء أو أكثر لكل مجموعة، بتقديم وقت غير كاف للحوار المكثف بين المعالج/العميل الذى يحتاج لتحقيق تغير معرفى تفاؤلى» (ص٧١٤).

كما قد توجد أسباب نظرية هامة ترجع إليها عدم كون العلاج المعرفى أفضل من التعرض. ويلى من نظرية العوامل الأربعة أن معظم التركيز الدال فى العلاج لابد أن يخفض أو يستأصل التحيز التأويلى لمرضى الرهاب الاجتماعى بالنسبة لكفاية سلوكهم الخاص. وربما يمكن أن يؤدى هذا على نحو

أفضل عن طريق مجموعة متنوعة من التقنيات. **أولاً**، كما نوقش سابقاً، يستطيع المرضى أن يقدروا أداءهم الاجتماعي الخاص بهدوء من سجلات الفيديو. **ثانياً**، يمكن أن يقدم أشخاص آخرون تقديراتهم من الأداء الاجتماعي لذوى الرهاب الاجتماعي. **ثالثاً**، لابد من تبنى المجالات أعلاه عبر سلسلة من مواقف اجتماعية [illegible] يبقى من أن ذوى الرهابات سوف ينمون إعتقاداً على طول خطوط، [illegible] أدائى الاجتماعى ملائم فى مجموعة العلاج، ولكنه لازال غير ملائم إطلاقاً [illegible] معظم المواقف الاجتماعية».

٤- علاج الرهاب المحدد:

يتمثل الملمح المركزى فى الرهاب المحدد فى التحيز التأويلى والذى يكون متعلقاً بتهديد مثيرات الرهاب. ومع ذلك، فإن العلاج المعرفى/السلوكى للرهاب المحدد لم يتضمن محاولات مباشرة لتعديل مثل هذه التحيزات والاعتقادات المختلفة وظيفياً الأخرى.

وقد كان تعرض الجسم الحى Vivo exposure هو شكل العلاج الأكثر شيوعاً للرهاب المحدد لسنوات كثيرة. ووجد أنه فعال بصفة عامة. على سبيل المثال، قرر أوست (Ost, 1988) مستوى مرتفع جداً من النجاح بعلاج لجلسة واحدة لرهابات محددة تقوم على عرض الجسم الحى. واختلف هذا عن العلاج التقليدى فى أن المريض كان مقدماً بالهيراركى الكلى لمثيرات رهابية فى نطاق جلسة واحدة، وإستخدام تقليد النماذج إذا ما تطلب الأمر ذلك. [illegible] «أوست» (١٩٨٩) نجاح هذا الشكل من العلاج كمايلى: «حصل ٩٠٪ [illegible] من المرضى على تحسن دال إكلينيكياً... وتم تدعيمه عند التتبع بعد متوسط

٤ سنوات. وهذه النتيجة جيدة مثل، أو أفضل من، ماتم تقريره بالنسبة لعلاج سلوكى منتظم عبر جلسات متعددة» (ص٦).

كما يوجد دليل بأن رهابات محددة توضح سلسلة من التحيزات التأويلية توضح سلسلة من التحيزات التفسيرية فى وجود مثيراتها الرهابية (Thorpe & Salkoveskis 1995)، وبالنظر إلى هذه الاعتبارات [illegible] من المشوق فحص التأثير لتعرض الجسم الحى على مثل هذه التحيزات المعرفية. وعلى الأقل جداً قد يزيد هذا فهمنا النظرى للميكانيزمات والعمليات التى تحدد نجاح علاج التعرض فى معالجة رهابات محددة.

٥- علاج اضطراب القلق العام:

إن للمرضى المصابين بالقلق العام سلسلة واسعة من التحيزات التأويلية التى تشبه عن قرب تلك التحيزات التأويلية التى يبينها الأسوياء المرتفعون فى سمة القلق Trait anxiety. ويتبع ذلك أن العلاج المعرفى الناجح لاضطراب القلق العام يحتاج إلى أن يكون مكثفاً بشكل أكثر منه فى حالة اضطرابات القلق المحددة التى نوقشت حتى الآن، وعلى نحو أكثر تحديداً، فإنه يُفترض بنظرية العوامل الأربعة للقلق الإكلينيكى أن المرضى المصابين باضطراب القلق العام قد يمتلكون تحيزات تأويلية بالنسبة لأكثر من واحد (أو حتى كل) من المصادر الأربعة من المعلومات التى تنتج القلق. ونتيجة لذلك، فإن العلاج المعرفى قد يستفيد من تناول كل من هذه المصادر الخاصة بالمعلومات بدورها.

وقد كان يوجد عدد من المحاولات الحديثة لمقارنة نجاح العلاج المعرفى فى معالجة اضطراب القلق العام مقابل صور أخرى من العلاج. ويتضمن العلاج

المعرفى أو العلاج المعرفى/السلوكى إلى أقصى حد إجراءات تشبه تلك التى أيدها بيك وإيمرى (Beck & Emery, 1985). ووصف الأساس المنطقى لهذه الإجراءات فى الاصطلاحات التالية بواسطة باتلر وزملائه (Butler et al., 1991): «يُبقى على القلق عن طريق أفكار قلقة (على سبيل المثال [illegible] طريق [illegible] محددة كاعتقاد ناقص فى القدرة على القيام بنشاطات على نحو ناجح [illegible] ضبط القلق عن طريق تعلم تبين أفكار القلق، للبحث عن بدائل [illegible] مساعدة، وللقيام بإجراء لاختبار هذه فى الممارسة» (ص [illegible]).

وقارن دورهام وآلان (Durham & Allan, 1993) العلاج [illegible] مقابل التغذية الراجعة، والعلاج السلوكى، والتدريب على الاسترخاء [illegible] العلاج النفسى غير المباشر. وإستنتجا مايلى: «على التوازن، يحتمل أن أفضل النتائج يتم الحصول عليها عن طريق العلاج المعرفى، رغم من أن [illegible] سات المقارنة القليلة توحى بأن العوامل اللانوعية تكون هامة» (ص٢٥).

وقارن باتلر وزملاؤه (Butler et al., 1991) فاعلية العلاج المعرفى/السلوكى الذى على غرار إجراءات «بيك وإيمرى» (١٩٨٥) مع [illegible] العلاج السلوكى القائم على الاسترخاء، والتعرض التدريجى، وإعادة الانغماس فى نشاطات سارة وباعثة على المكافأة. واستنتج «بتلر وزملاؤه» (١٩٩١) [illegible] «النتائج تبين ميزة واضحة بالنسبة للعلاج المعرفى/السلوكى» (ص١٧).

وقارن دور هام وزملاؤه (Durham et al., 1985) العلاج المعرفى [illegible] على طريقة «بيك وإيمرى» (١٩٨٥) مع العلاج النفسى التحليلى المنز[illegible] التحليل النفسى. وعند تتبع الستة شهور، قرر ضعف المرضى باضطراب [illegible]

العام على نحو التقريب الذين تلقوا علاجاً معرفياً أنفسهم كمتحسنين بشكل معتدل على الأقل. وفى ذلك الوقت، كان حوالى ٦٠٪ من المرضى الذين أعطوا علاجاً معرفياً فى مدى الأداء الطبيعى، مقابل حوالى ٢٠٪ فقط من الذين تلقوا علاجاً نفساً تحليلاً

وتلخيصاً لما سبق، يحتاج المعالجون إلى أن يكونوا على وعلى بحقيقة أن العلاج الناجح غالباً مايتضمن إكتساب المريض معرفة سهلة المنال موقفياً وكذلك معرفة سهلة المنال لفظياً.

وإذا كان العلاج السلوكى ركز على المعرفة سهلة المنال موقفياً، فإن العلاج المعرفى قد ركز أكثر على المعرفة سهلة المنال لفظياً×وتوجد مميزات فى التركيز على التحيز التأويلى الرئيسى فى العلاج، وهذا التحيز سوف يتعلق مباشرة فى الغالب بأحد المصادر الأربعة من المعلومات التى تحدد القلق الذى يُخبر. وإذا أمكن تخفيض أو استئصال التحيزات التأويلية، فإن هذا سوف يخفض غطياً أى تحيزات إنتباهية منتقاة مرتبطة. وسوف يميل التحيز التأويلى الرئيسى إلى الارتباط بعدم القدرة على الضبط المدركة، وقد يكون جزءاً من الدائرة الشريرة التى يزيد فيها التحيز. وقد تصلح سلوكيات البحث عن الأمان إلى الابقاء على التحيزات التأويلية لمرضى القلق، ومن المهم لعلاج ذلك المسعى للمرضى تجنب مثل هذه السلوكيات.

مراجع الفصل التاسع:

1- Arntz, A., & Van den Hout, M. (1996). Psychological treatment of panic disorder without agoraphobia: Cognitive therapy versus applied relaxation. Behaviour Research and Therapy, 34, 113- 121.

2- Beck, A., & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias: Acognitive perspective. New York: Basic Books.

3- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinican Psychology, 59, 167- 175.

4- Clark, D. (1986). A cognitive approach to panic. Behaviour Research and Therapy, 24, 461- 470.

5- Clark, D., & Salkovskis, M. (1986). Cognitive treatment of panic: Therapist's manual. Oxford: Department of Psychiatry, University of Oxford.

6- Clark, D., Salkovskis, P., Hackmann, A., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and impiramine in the treatment of panic disorder. British Journal of Psychiatry, 164, 759- 769.

7- Compton, A. (1992). The psychoanalytic view of phobias: III. Agoraphobia and other phobias of adult. Psychoanalytic Quarterly, 61 (3), 400- 425.

8- Davison, G., & Neale, J. (1986). Abnormal psychology (4th ed.). New York: Wiley.

9- Durham, R., & Allan, T. (1993). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. British Journal of Psychiatry, 163, 19-26.

10- Durham, R., Murphy, T., Allan, T., & Fenton, G. (1985). A comparison of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training in the treatment of generalized anxiety disorder. British Journal of Psychiatry, 3, 21-36.

11- Feske, U., & Chambless, D. (1995). Cognitive behavioural versus exposure only treatment for social

18- Hirschfeld, R., & Goodwin, F. (1988). Mood disorders. In J. Talbott, R. Hales, & S. Yudofsky (Eds.), The American Psychiatric Press textbook of psychiatry. Washington, DC.: American Psychiatric Press.

19- Hope, D., & Heimberg, R. (1993). Social phobia and social anxiety. In D. Darlow (Ed.), Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual (2nd ed.). New York: Guilford.

20- Hope, D., Heimberg, R., Bruch, M. (1995). Dismanteing cognitive behavioural group therapy for social phobia. Behaviour Research and Therapy, 33, 637- 650.

21- Lorand, S. (1950). Clinical studies in psychoanalysis. New York: International Univ.

22- Mersch, P. (1995). The treatment of social phobia: The differential effectivemess of exposure in vivo and integration of exposure in vivo, rational emotive therapy, and social skills training. Behaviour Research and Therapy, 33, 259- 269.

phobia. A meta-analysis. Behavior Therapy, 26, 695- 720.

12- Freeston, M., Rheaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. Behaviour Research and Therapy, 34, 433- 446.

13- Freud, S. (1955). Notes Upon a cas of obsessional neurosis. London. Hogarth Press.

14- Garssen, B., Buikhuisen, M., & Van Dyck, R. (1996). Hyperventilation and panic attacks. American Journal of Psychiatry, 153, 513- 518.

15- Gillman, R. (1990). The oedipal organization of shame: The analysis of a phobia. Psychoanalytic Study of the Child, 45, 357- 375.

16- Greenberg, L., Elliott, R., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley.

1 Heimberg, R. (1991). A manual for conducting Cognitive-Behavioural Group Therapy for social phobia (2nd ed.). Albany, NY: Center for Stress and Anxiety Disorders.

31- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive behavioural analysis. Behaviour Research and Therapy, 23, 571- 583.

32- Salkovskis, P. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. Behaviour Research and Therapy, 27, 677- 682.

33- Salkovskis, P. (1996). Cognitive-behavioural approaches to the understanding of obsessional problems. In R. Rapee (Ed.), Current controversies in the anxiety disorders. New York: Guilford Press.

34-Salkovskis, P., Clark, D., & Gelder, M. (1996). Cognitive-behavior links in the persistence of panic. Behavior Research and Therapy, 34, 453- 458.

35- Salzman, L. (1980). Psychotherapy of the obsessive personality. New York: Pronson.

36- Suartberg, M., & Stiles, T. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. J. Cons. Clin. Psychol., 59, 704-714.

23- Nemiah, J. (1984). In T. Insel (Ed.), New Findings in Obsessive Compulsive Disorder. Washington, DC.: American Psychiatric Press. (7-9).

24- [illegible]nan, J. (1971). An obsessive-compulsive reaction treated by induced anxiety. Amer. J. Psychother., 25 (2), 293- 299.

25- Öst, L.(1989). One-session treatment for specific phobics. Behaviour Research and Therapy, 27, 1-7.

26- Otto, M., Geuld, R., & Pollack, M. (1995). A meta- analysis of treatment outcome for panic disorder. Clinical Psychology Review, 15, 819- 844.

27- Prochaska, J., & Norcross, J. (1994). Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

28- Rapee, R., & Hayman, K. (1996). The effects of video feedback on the self-evaluation of performance in socially anxious subjects. Behaviour Research and Therapy, 34, 315- 322.

29- Rogers, C. (1954). Psychotherapy and personality change. Chicago: Unive. Chicago.

30- Raskin, N., & Rogers, C. (1989). Person-centered therapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), Current psychotherapies. Itasca IC: Peacock.

37- Thorpe, S., & Salkovskis, P. (1995). Phobic beliefs: Docognitive factor play a role in specific phobias? Behaviour Research and Therapy, 33, 805- 816.

38- van den Hout, M., Arntz, A., & Hoekstra, R. (1994). Exposure reduced agoraphobia, but not panic, and cognitive therapy reduced panic but not agoraphobia. Behaviour Research and Therapy, 32, 447- 451.

39- Van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 32, 79- 87.

40- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. Behavior Therapy, 21, 273- 280.

41- Williams, S., & Falbo, J. (1996). Cognitive and performance-based treatments for panic attacks in people with varying degrees of agoraphobic disability. Behaviour Research and Therapy, 34, 253-264.

42- Wells, A., Clark, D., Salkovskis, P., Ludgate, J., & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviours in maintaining anxiety and negative beliefs. Behavior Therapy, 26, 153-161.

43- Zerbe, K. (1990). Through the storm: Psychoanalytic theory in the psychotherapy of the anxiety disorders. Bull. Menninger Clin., 54 (2), 171-183.

الفصل العاشر

علاج الانتحار

قبل أن نتعمق فى معالجة الانتحار، سوف نتناول كيفية التدخل فى حالة المخاطرة للانتحار، كما سنعرض للتوثيق وحفظ السجلات الخاصة بالأفراد الذين فى مخاطرة الانتحار.

أولاً: التدخل فى حالة المخاطرة بالانتحار

Intervention in Case of Suicide Risk

يقترح بعض الكتاب أنه لايوجد شخص إنتحارى ١٠٠٪، وأن التدخل فى ذلك قد يؤدى دائماً إلى فرصة (Shneidman, 1985). «إن تقييم علامات النُذر... يمكن أن يُترجم إلى أعمال إنقاذ الحياة بواسطة عمال الأزمة أو أى شخص آخر فى القرب الزمانى أو المكانى البدنى أو الإنفعالى الخاص بأشخاص إنتحاريين... ومع ذلك، إذا ذهبت عوامل المخاطرة، وإشارات، أو صيحات المساعدة للمساعدة دون ملاحظة أو تبين، فإن الفرص الخاصة بتدخل فعال تنخفض بشدة» (Gilliland & James, 1993: 135) .

والهجوم Thrust الأساسى للتدخل يجب أن يكون لمنع قرار غير قابل للإلغاء فيُتخذ فى حين لايكون الشخص منطقياً أو واعياً تماماً بكل الإختيارات والبدائل (Slaikeu, 1990). ومثل هذا «الهدف الخاص بإنقاذ حياة إنسان يفوق التمسك التام بالسرية». والتدخل (طبقاً لسلايكو ١٩٩٠) يتكون من ثلاث خطوات على الأقل، هى:

١- إنتاج حلول ممكنة Generation of possible solution.

٢- عمل ملموس Concrete action .

٣- تتبع Follow- up .

وإذا هدد عميل بالإنتحار، فإن هذا قد يُفهم على أفضل وجه كتعبير عن ثنائية وجدانية Ambivalence معينة، وإحدى أهم مهارات الوقاية من الانتحار التى يمكن أن يمتلكها مقدم رعاية الصحة النفسية هى القدرة على تبين تواصل العميل بخصوص الانتحار (Firestone, 1997) . وإن التهديدات أو الاتصالات الخاصة بالإنتحار ليست لفظية دائماً ولكنها نوعاً ما قد تتكون من مجموعة أو نموذج من السلوك الذى يمكن تبينه بواسطة المعالج كإستعدادات للانتحار أو تأمل التصرف. ويمكن جمع أمثلة من الإتصالات غير اللفظية Nonverbal communications عن الانتحار من عوامل المخاطرة التى تم مناقشتها (فى كتابنا: علم النفس المرضى) (على سبيل المثال، مريض مكتئب الذى يصبح هادئاً فجأة، ويتوقف عن الشكوى من ألم نفسى، ويُكوِّن إرادة، ويكتب خطابات إلى أعضاء الأسرة، وله طاقة متزايدة يحتاج إلى أن يقترب نحو الانتحار).

ومما يستحق التكرار أن الحديث إلى العملاء عن الإنتحار لايجعلهم يقومون به. وفى الحقيقة، كما بين فاجيمورا وزملاؤه .,Fujimura et al (1985:613) . «لاينقاد الناس إلى الإنتحار عن طريق شخص يقدم الرعاية ويستفسر عما إذا كانوا إنتحاريين أو غير ذلك. ومع ذلك، قد ينقاد الناس إلى الإنتحار بتجنب الموضوع من جانب المستمع الذين يحتاجون منه إلى استجابة مختصة».

وقد نوقشت من قبل سمات المرشد ببعض التفصيل. ومع ذلك فإنه يستحق تكرار أن الإكلينيكيين يبقون توكيديين وهادئين على أفضل وجه لتسهيل الصلة والثقة. ويجب أن لايصيبهم الذعر أو الرعب، لئلا يشعروا أنهم غير قادرين على مساعدة العملاء الإنتحاريين المذعورين أو المرتعبين أنفسهم. ولايكون مقدم رعاية الصحة النفسية المرتعب قادراً على عمل «كل مجهود لضمان أن شخصاً إنتحارياً يصل إلى مساعدة مهنية ملائمة» (Meyer & Deitsch, 1996: 385) . وهذه الناحية هى التى يشعر كثير من المؤلفين أنها الأكثر أهمية لتدخل ناجح فى الإنتحار.

وعندما يكون التدخل فى الإنتحار ضرورياً، بمعنى أنه إذا أظهر التقييم وجود مخاطرة دالة وأن المعالج يجب أن يأخذ خطوات لحماية العميل من الضرر، فيجب على الإكلينيكى أن يتحول إلى صيغة تدخل فى الأزمة للتفاعل مع العميل، تاركاً الحيادية والتفاعلات العلاجية التقليدية. ويعنى هذا أن المرشد يصبح أكثر نشاطاً، ومباشراً، وذا توجه لحل المشكلة، وأقل إهتماماً برعاية الإعتمادية (Seligman, 1996). ومع ذلك، يفعل الإكلينيكى هذا بإحترام، وكذلك على نحو تعاونى مع العميل بقدر الإمكان. وطوال التقييم والتدخل، يحتاج المعالج إلى محاولة إدارة الموقف بشكل هادىء بقدر الإمكان. وبكلمات أخرى، فليس كل عميل يتلفظ بتفكير إنتحارى يجب إدخاله المستشفى. وسوف يحاول الإكلينيكى أخذ خطوات عديدة فى البداية للتعامل مع العميل على أساس علاج خارجى موضع ثقة، وبعد ذلك قد يتحرك إلى إدارة علاج خارجى يتضمن آخرين (أى، توسيع الثقة الخاصة بالموضوع)، ويتحرك فقط إلى علاج إرادى، وفى النهاية إلى علاج إلزامى إذا لم تنجح إختيارات أخرى.

وفى حين لازال يحاول أن يدير الموقف فى محيط العلاج الخارجى الأقل تقيداً المتسم بالثقة، يحدد الإكلينيكى أهدافاً واضحة للجلسة ويفرض هذه الأهداف على العميل، حتى إذا لم يكن العميل فى إتفاق تام (Meyer & Detisch, 1996) . وتشمل هذه الأهداف مساعدة العميل على

زيادة تبين الإختيارات التى غير الإنتحار، ومساعدة العميل على تخفيض الرؤية القاصرة، وتحسين المعالجة المعرفية وقياس الحقيقة، وتخفيض الأعراض الحادة للاستثارة أو القلق (Clark, 1995)، والتركيز على تأخير وتصرف العميل الإنتحارى (Slaikeu, 1990) . وقد ينجز الأخير عن طريق تبين تعذر [illegible] المواجهة.

وبالإضافة إلى ذلك، يحتاج مقدم الرعاية الصحية إلى أن يدعم محاولات العميل على المواجهة بمساعدة العميل على « (١) فصل التفكير عن الفعل، (٢) تدعيم التعبير عن الوجدان. ، (٣) توقع عواقب من الفعل. ، (٤)التركيز على تعجيل الأحداث والبدائل البنائية» ,Gilliland & James) (1993: 150 . كما قد يبين الإكلينيكى أن الانتحار يمكن وقوعه دائما بمجرد أن لم يعد العميل فى أزمة ويستطيع إتخاذ قرار أكثر توازناً.

وإذا لم تكف هذه التدخلات غير الإقتحامية نسبياً لتخفيض مخاطرة العميل على نحو دال وكاف، فإن أعمال إضافية تحتاج إلى أن تؤخذ فى الاعتبار. والخطوة الأولى هى فى الغالب محاولة عمل عقد خاص بالانتحار مع العميل (Boylan et al., 1995) ويؤيد مثل هذاالعقد الخاص بالإنتحار أنه، حتى مع أن المعالج أو المرشد يكون على وعى بأن العميل يريد حقيقة أن يتابع الحق فى إرتكاب الانتحار، فإن المعالج يريد أن يعقد إتفاقاً مع عميل معين بأن لايفعل العميل هذا . ويعتمد عقد الإنتحار بشدة على مصداقية العميل وليس إختيارا إذا إعتقد الإكلينيكى أن العميل يمكن أن يوافق على أى شيء لإبقاء الإكلينيكى واقياً للعميل من إرتكاب فعل الإنتحار. وعقد الانتحار [illegible] بجلاء إسم العميل والمعالج إتفاق بخصوص إطار زمنى لن يستثير [illegible] خلاله أى أذى، ووقت الموعد التالى مع الإكلينيكى، وإتفاق لنبذ كل ال[illegible] ضرورة لتنفيذ خطة الانتحار، ومصادر المساندة إذا كان لابد أن يزيد تفكير العميل فى الانتحار. ويوضح الشكل (١) عينة من عقد الانتحار.

عينة عقد الإنتحار

أنا (إدخال إسم العميل) أوافق على أن لا أقتل نفسى، أو أحاول قتل نفسى للفترة الزمنية التى تبدأ الآن (أدخل التاريخ والوقت الحاليين)

حتى (أدخل وقت المقابلة والاتصال التاليين.

أوافق على إستدعاء أعضاء الأزمة على بطاقة الأزمة المعطاة لى اليوم بواسطة الإكلينيكى الخاص بى.

(أدخل إسم الإكلينيكى)، إذا كان لابد أن يكون لى الحافز لقتل أو إيذاء نفسى فى أى لحظة خلال هذه الفترة الزمنية.

أوافق على أن أحضر إلى موعدى التالى فى

(أدخل اليوم والتاريخ) فى الساعة صباحاً/مساء (أدخل الوقت المحدد للموعد مع (إدخال إسم الإكلينيكى).

أوافق على التخلص من كل الأشياء التى فكرت فيها بخصوص إستخدامها لقتل نفسى وعلى وجه التحديد، سوف أنبذ (أدخل رقم الهاتف

شكل (١) عينة عقد الانتحار

عينة عقد الانتحار

حيث يمكن الإتصال بالإكلينيكى) بمجرد أن أكون قد نبذت الوسيلة لأؤكد أننى فعلت هذا. إذا لم اتصل حتى (ادحل وقتا [illegible] اليوم)، سوف ينبه الإكلينيكى الخاص بى أسرتى والشرطة.

أتحقق أن هذا العقد هو جزء من عقد علاجى مع الإكلينيكى الخاص بى (أدخل إسم العيادة أو المستشفى... إلخ). أنا على وعى بأن الإكلينيكى الخاص بى يمكن أن ينقض إتفاق السرية إذا لم ألتزم بعقد الإنتحار.

إمضاء العميل ______ إمضاء الإكلينيكى ______

التاريخ والوقت ______

تابع شكل (١) عينة عقد الانتحار

وتُصمم على أفضل وجه كل التفاعلات حول تأسيس عقد الإنتحار بمثل هذه الطريقة لإبقاء قدر مايمكن إتخاذه من القرار على جانب العميل. وهكذا، فإن عقد الإنتحار يتم التفاوض عليه وليس مفروضاً (Gutland & James, 1993). وعقد الإنتحار له نفس كل العناصر الموجودة فى أى عقد علاجى آخر (أنظر: Hutchins & Vaught, 1997) . وبهذه الطريقة، فإن له خصوصية بالنسبة للسلوك الخاص بالدريئة (فى هذه الحالة القيام بالإنتحار)، ويوضح الإطار الزمنى الناقد المفعول بالنسبة إليه، ويؤجل الإشباع أو العمل ويشخص، ويترك الضبط مع العميل إلى مدى أكبر ممكن، ويوضح عواقب عدم الإذعان. ويبحث عن مدخل العميل خلال وصف فترة زمن العقد، كما يستطيع العميل أن يتعاون فى إعداد بطاقة الدعوة للطوارىء (على سبيل المثال، يمكن أن يضيف أرقام تليفونات الأصدقاء أو أعضاء الأسرة الذين يمكن إستدعاؤهم بدلاً من أو بالإضافة إلى رجال الشرطة)، ويعطى [illegible] Feedback بخصوص أى خطة محتملة متضمنة (على سبيل المثال، ماذا سوف يحدث إذا لم يستدع العميل مقدم رعاية الصحة النفسية فى وقت محدد؟). وإذا كانت الوسيلة الضرورية المتاحة لتنفيذ الخطة مع العميل فى الجلسة (على سبيل المثال، إذا كان مع العميل البندقية)، فيصادر المرشد هذه الوسيلة مباشرة ويُضمن المعلومات فى عقد الإنتحار. علاوة على ذلك، يشتمل على المعلومات الخاصة بموعد وكيفية إعادة هذه الممتلكات إلى العميل. وفى بعض الأحيان قد يتضمن عقد الإنتحار أعضاء أسرة العميل. وإذا كانت هذه هى الحالة، فإن هؤلاء الأفراد يتصل بهم العميل والإكلينيكى خلال الجلسة بحيث يستطيع الإكلينيكى أن يتأكد من إتاحية ومسئولية هؤلاء الناس. ومع ذلك، يشير عادة إنغماس الأسرة والأصدقاء إلى أن الإكلينيكى قد قيم المخاطرة المقدمة عن طريق العميل على أنها أشد، أى أن التدخل قد تحرك إلى مستوى آخر من القيد أو الكبح.

وإذا بدا أن عقد الإنتحار الذى يتضمن العميل فقط لايكفى، فإن المعالج أو المرشد يمكن أن يأخذ فى الاعتبار عقد إنتحار يشمل إنغماس الأسرة. ويمكن أن يمتد مثل هذا الإنغماس للأسرة إلى حد كبير. وكلما أخذ الإكلينيكى فى الإعتبار تعبئة مصادر الأسرة والمجتمع أو شبكات الدعم، فإنه من الأفضل (إذا كان ممكناً على الإطلاق) الحصول على إذن العملاء لعمل هذا بجعلهم

يوقعون على أذون معلومات ملائمة. ويترك هذا التحكم مع العميل ويكون أقل تطفلاً من قرار الإكلينيكى وحيد الجانب لخرق السرية. ومع ذلك، إذا كان من الواجب تضمين أسرة أو آخرين ويرفض العميل أذون المعلومات فإن مقدم رعاية الصحة النفسية يستطيع أن يهيمن على العميل ويستطيع أن يتصل بالأسرة أو بالآخرين يتساندون الأشخاص رغم ذلك. وقد يقدم [illegible] بالآخرين للدعم والمساندة للعميل على نحو متناوب: بمعنى يستطيع العميل إما أن يوافق على تضمين مساندة الناس أو يستطيع السعى للإدخال إلى المستشفى.

وإذا ما ضُمن الأغراب (سواء بموافقة أو بدون موافقة العميل)، فإن هذا يعمل للحث على خدمة القضية، وليس للمساندة فقط، ولكن أيضاً للوعى والفهم من أعضاء وأصدقاء الأسرة الذين يتم الإتصال بهم (Clark, 1995) وإذا كان العميل إنتحارياً بشدة على نحو كاف إلى حد أن الإكلينيكى لايرى إختياراً سوى أن يُضمن الأسرة أو يُدخل المستشفى، فإنه من المهم تضمين أعضاء الأسرة والأصدقاء الحميمين على أى حال لأنهم الأشخاص الذين يستطيعون أن يمنعوا، ليس فقط محاولات الإنتحار الحالية ولكن محاولات الانتحار المستقبلية كذلك. إنها الأسرة والأصدقاء بعد كل شىء هم الذين حول العميل فى الغالب الأعم من الإكلينيكى. ومن المهم تعليم أعضاء أسرة العملاء الإنتحاريين على نحو مزمن كيف يقيّموا ويتدخلوا فى مواقف الطوارىء حينما يتلفظ العميل بتفكير إنتحارى أو يقوم بتهديدات سلوكية. ويحتاج أعضاء الأسرة وآخرون هامون أن يتعلموا تحديد الإشارات المعطاه بواسطة العميل وأن يتبينوا هذه الصيحات للمساعدة على تأكيد تدخل رقابة فعالة ومبكرة (Gilliland & James, 1993).

وعند تضمين الأسرة أو الأصدقاء، فإنهم يستطيعون أن يساعدوا فى وظائف عديدة. فيمكن أن ينغمسوا فى إزالة الوسائل التى حددت الإنتحار، ويمكن أن يكونوا مع العميل حتى لايوجد وقت لايتم فيه الإشراف عليه، ويمكن أن يقدموا منزلاً مؤقتاً، ويمكن أن يساهموا فى خدمات المساندة مثل الطعام، والمساعدة فى التسوق، ورعاية الطفل، والنقل، ويمكن أن يقدموا مساندة إضافية بالاتصال فى فترات منتظمة، وهكذا، ويُملى مستوى إنغماسهم بوضوح عن طريق مستوى المخاطرة المقدمة بواسطة العميل. فكلما إرتفعت المخاطرة، كلما زادت كثافة الإنغماس. ويجب أن يسعى الإكلينيكى إلى توجيه حذر من العميل بالنسبة لإختيار من يتم تضمينه. ويجب على الإكلينيكى أن يصل إلى إستنتاجات فى هذا الخصوص، وبالرغم من أنه قد يوجد قرين، فمن الممكن تماماً أن هذا ليس هو الشخص المناسب لجلبه داخل هذا الموقف. ومن المهم التأكد من أن الشخص (الأشخاص) المتضمنين لايكونوا أناساً يساهمون فى الضغط على العميل أو أسوأ من ذلك يكونوا مثيرات للعميل (على سبيل المثال، والدين مزعجين أو عقابيين، أو أقران متعسفين، أو أطفال عاجزين، أو أصدقاء مكتئبين وإنتحاريين). وبكلمات أخرى، ليس هذا الوقت الذى يجب أن ينغمس فيه أناس ذوو تاريخ من الصراع مع العميل. وإذا لم يوجد أعضاء أسرة أو أصدقاء لايكون للعميل صراع معهم، فإن الإكلينيكى يواجه قراراً، هل من الممكن أن يسوى الصراع الشخصى ويستخدم عضو الأسرة أو الصديق كمصدر؟، أو هل يجب إدخال العميل المستشفى؟. وفى النهاية، فى حالة تضمين آخرين، من المهم أن تتوازن إحتياجات سرية العميل مع إحتياجات الأمان (Glliland & James, 1993) . وهكذا ، فإن تضمين رئيس أو مشرف

قد يحتاج إلى أن يكون ملجئنا أخيراً حتى لايتعرض موقف إستخدام العميل إلى الخطر (الذى لن يصلح إلا لإضافة ضغط على حياة العميل)

ولأن الإكلينيكيين يتحركون على طول متصل [illegible] [illegible] تقييم المخاطرة فتدخلات تؤخذ فى الاعتبار فى الإشتراك والتعاون مع العميل، ويتخذون كذلك قرارات بخصوص الإستعداد بمجرد أن يترك العميل المكتب. ويشير هذا القرار إلى متصل الرعاية الذى يمتد من علاج خارجى مكثف، إلى دخول إرادى للمستشفى، إلى دخول لا إرادى للمستشفى أو إيداع بإحدى المؤسسات. ويتكون العلاج الخارجى المكثف من عدد متزايد من الإتصالات المجدولة بالإكلينيكى وكذلك تزويد العميل ببطاقة بها معلومات محلية عن المصادر التى تملك خطاً ساخناً طوال ٢٤ ساعة بالنسبة لظروف الأزمات. وإذا أختير مثل هذا العمل المكثف للعلاج الخارجى بإعتباره أنفضل وسيلة للتدخل، فيجب عمل عقد إنتحار ويجب أن تُعطى إعتبارات جادة لتضمين أعضاء الأسرة. ويجب أن يعمل العميل إلتزاماً قوياً للإستفادة من إتصالات الطوارىء إذا ماكان لابد لأزمة الإنتحار أن تتواتر بين الجلسات والإتصالات المجدولة.

وإذا ما ظُن أن العميل غير قادر على كبح الدفعات الإنتحارية، فإن الدخول الإرادى إلى المستشفى يمكن أن يؤخذ فى الاعتبار ويُبادر به عن طريق تعاون العميل. ومن الواضح أن دخول المستشفى الإرادى يفضل كثيراً عن الإلتزام اللا إرادى لأنه يُبقى الإختيار بالنسبة للعلاج مع العميل ويُرى بصفة عامة بواسطة العميل والإكلينيكى كمسعى تعاونى بالنيابة عن العميل، وليس إقتحاماً على العميل أو سلباً للتحكم من العميل. وإذا رفض العميل العلاج الداخلى الإرادى، فإن هذا الرفض قد يكون أكثر إنعكاساً لحالة عابرة من اليأس منها إلى رفض حقيقى للمساعدة (Clark, 1995) .

وإذا وافق العميل على الدخول الإرادى إلى المستشفى، فإن خطوات ضرورية تحتاج إلى أن تؤخذ تماماً فى الزمان والمكان لتسهيل العملية. ويجب أن يكون [illegible] المصادر المحلية بمعرفة ماهى المرافق المتاحة للعميل ويجب أن تكون أرقام التليفونات فى تناول يده. ويتعاون العميل والمعالج حينئذ فى الإتصال بهذه المرافق لتأمين موقع العلاج للعميل ولجعل المرفق يعلم أن العميل فى الطريق السليم. وبمجرد تحديد موقع العلاج وتأمينه، يتحول العميل والإكلينيكى إلى موضع نقل العميل إلى المرفق. ومن الأفضل عدم الإعتماد على العملاء لنقل أنفسهم، حتى لو كانت سياراتهم فى الموقف. ومن الأفضل تدوين مساعدة عضو أسرة موثوق فيه أو صديق لمقابلة العميل فى مكتب الإكلينيكى ونقل العميل إلى المرفق. وإذا لم يوجد أعضاء أسرة أو أصدقاء متاحين، أو إذا رفض العميل تضمينهم، فقد يحتاج إلى إستدعاء سيارة أجرة، مع تسليم المرشد للسيارة وإعطاء السائق تعليمات بخصوص الجهة والحاجة إلى الذهاب إلى هناك بدون التحول عن الطريق المباشر. وفى بعض المجتمعات، من الممكن إسناد المساعدة لموظفى تنفيذ القانون المحلى أو حراس الأمن للتزويد بالنقل، حتى فى حالات الدخول الإرادى للمستشفى. ومع ذلك، فإن هؤلاء الموظفين، فى أماكن كثيرة، لن يساعدوا مالم يبادر بالإلتزام. ومن الأفضل للمعالجين أن يعرفوا ماهى الإختبارات الموجودة قبل أن يبدأوا الممارسة فى محيط أو مجتمع معين وبذلك لايكون عليهم أن يعلموا عن هذه المصادر فى حين تكون الأزمة جارية.

وإذا إعتبرت أوضاع العملاء مهلكة وخطيرة على نحو مرتفع ولكنهم يرفضون فحص أنفسهم فى مرفق علاج داخلى على أساس إختيارى، فإن الإكلينيكى يحتاج أن يعمل على إدخال العميل المستشفى كرهاً. وليس من

غير الشائع للعملاء الذين رفضوا الدخول الإختيار إلى المستشفى أن يوافقوا بعد ذلك، بمجرد مواجهتهم بالحقيقة بأنهم بغير ذلك سوف يُجبرون على العلاج الداخلى كرهاً. وغالباً مايؤثر القرار بالدخول إلى المستشفى بشكل [illegible] ادى أولا إرادى على المكان الذى يدخل فيه للعلاج. وبصفة عامة، تكون [illegible] المحددة إرادياً أكثر مرغوبية من منظور العميل. وغالباً ما تقود الإلزامات إلى إدخال المستشفى النفسية التى تدار بالولاية المحلية والتى لا تهدف للربح، واختيار يتجنبه كثير من المرضى (إذا ما أخذ فى الإعتبار الجودة الأقل للمحيطات ووصمة العار الاجتماعى الكبرى). ومن ناحية أخرى، فإن إدخال المستشفى الإرادى، يكون بصفة عامة إلى مستشفيات طبنفسية خاصة أو إلى وحدات طبنفسية فى مستشفيات عامة أو مستشفيات تعليمية، وهو محيط أكثر تفضيلاً بالنسبة لمعظم العملاء. وعند المواجهة بهذه الإختيارات، فغالباً مايغير العملاء منظورهم ويختارون تعيين مكان إرادى أكثر إلزاماً.

وإذا كان الإلزام ضرورياً، وأحياناً يكون كذلك، بصفة خاصة إذا كان لدى العميل أعراض طبنفسية شديدة تخفض قياس الحقيقة حتى أكثر من ذلك، فيجب على الإكلينيكى أن يعنى بالحصول على معلومات كافية للمبادرة بإجراءات الإلزام. وعلى نحو أكثر تحديداً، يجب أن يكون لدى الإكلينيكى بصفة عامة دليلاً على أن العميل لديه مرض نفسى قابل للتشخيص بمعايير دليل التشخيص الاحصائى الرابع (DSM-IV) ويقدم بوضوح خطراً على الذات. ولهذا السبب، فمن المهم أن يكون قد نظم المعلومات التى جُمعت من العميل إلى هذا الحد ويكون قد قام بتشخيص DSM-IV أولى على الأقل ويجب أن يكون الإكلينيكى مستعداً لأسئلة خاصة بتقييم مستوى خطر العميل. وبالنسبة للإدخال الإرادى إلى المستشفى، فإن التعهد يُبادر به [illegible]

وجود العميل فى مكتب الإكلينيكى. ويحتاج المعالج أو المرشد أن يعمل بإحكام أو بجودة كبيرة مع العميل لمحاولة إبقاء علاقة علاجية بالرغم من الطبيعة اللاإرادية لإجراءات الإلزام. وإنغماس العميل فى كل الخطوات بأكثر مايمكن سوف يسهل المحافظة على العلاقة العلاجية، ويجب أن تصل إلى أقصى مدى فى نطاق مستوى تعاون العميل (Clark, 1995). وتختلف الطبيعة الدقيقة لعملية التعهد اللا إرادى بشدة من حالة إلى حالة وعبر أوراق الإعتماد الخاصة بمقدم رعاية الصحة النفسية. وفى معظم الحالات تكون العملية أسهل للممارسين الحاصلين على درجة طبية (على سبيل المثال، أخصائى طب نفسى حاصل على درجة الماجستير أو درجة الدكتوراة) ورخصة للممارسة بشكل مستقل (على سبيل المثال، أخصائى نفسى حاصل على رخصة). وتبدأ عملية التعهد عادة بالتماس إلى قاض أو حاكم من أجل أمر من طرف واحد فقط. وإذا ما وجد هذا الإلتماس بواسطة الموظف الرسمى أنه ملائم ومرخص، فإن هذا الشخص يصدر وصاية مرخصة تقرر أساساً أن العميل سيوضع فى وصاية مرفق طبنفسى من أجل تقييم لاحق. ويحتاج هذا التقييم إلى أن يحتل مكاناً فى غضون فترة معينة من الزمن (٧٢ ساعة فى العادة، ولكن فى أى مكان من ٢-١٠ أيام إعتماداً على الحالة). وسوف تُقدم النتائج فى جلسة إستماع محتملة فى نهاية هذه الفترة. وخلال جلسة الإستماع يُصدر قاض حكماً بالنسبة لما إذا كانت عملية قانونية قد إتُبعت نيابة عن العميل وكذلك حاجة العميل لأن يكون متعهداً به.

وفى بعض الحالات، يكون الأطباء والأخصائيون النفسيون المرخصون قادرين على توقيع إستمارة الإلتماس الأولى إلى المحكمة التى تمهد السبيل لترخيص الرعاية. وتُسمى هذه الإستمارة طلب موظف السلام فى ولاية ألاسكا

(إسم هذه الاستمارة يختلف من ولاية إلى ولاية)، ويتم توقيعها عادة إما
بواسطة موظف السلام أو طبيب حجرة الطوارىء. وسوف ينقل العميل الذى
يحمل طلب موظف السلام الذى يشير إلى مخاطرة إنتحار [illegible] إلى تعهد
[illegible] وبمجرد ان
تجرى الهيئة المختصة بالمرفق تقييمها الخاص، تتصل [illegible] لزمن رخصة
الرعاية. وبعد ذلك تجرى المستشفى جلسة الاستماع المحتملة [illegible] إذا كان
العميل يحتاج إلى البقاء إلى مابعد فترة التعهد الأولية.

ولا يستطيع الإكلينيكى بدون مستوى الدكتوراه أن [illegible] طلب موظف
السلام، ليعمل مستقلاً عن مشرف بأوراق الاعتماد الضرورية [illegible] يكون عليه
ان يجتاز محكمة الاشهاد (قسم فرعى لمحكمة الولاية الأعلى [illegible] أمر من
طرف واحد من قاض. ولعمل هذا، سيكون على الإكلينيكى أن [illegible] الالتماس
شخصياً لتلقى الأمر بالتعهد أو ترخيص الوصاية بالنسبة [illegible]. ومن
الواضح أن هذا لن يكون كافياً أو حتى عملية ممكنة إذا [illegible] ـميل
الإنتحارى فى مكتب الإكلينيكى فى تلك اللحظة. وهكذا، [illegible] ذى
مستوى الماجستير قد يريد أن يبحث عن مساعدة من موظفين [illegible] قانوناً
يمكن أن يكملوا طلب السلام الخاص بالموظف، ويأخذ العملاء [illegible]،
وبعد ذلك ينقلهم إلى المرفق الطبنفسى. وهذه المشكلة الكامنة [illegible]
هى أن موظفى السلام الزائرين للعيادة يجب أن يقوموا بتقييمهم [illegible]
للوضع النفسى للعميل، وإذا أنكر العميل التفكير الإنتحارى لموظفى [illegible]
فإن الأخير قد يقرر عدم إكمال طلب موظف السلام. وبمجرد أن يكون [illegible]
نُقل إلى المرفق، فسوف يُجرى تقييم آخر بواسطة هيئة المستشفى وسوف [illegible]
بدعوى تعهد حيث تبحث المستشفى عن إلتماس من القاضى الذى سوف [illegible]

ترخيص الوصاية بالنسبة للعميل. ويستمر التعهد المبدئى ٧٢ ساعة فقط، بعد هذه الفترة الزمنية، ويجب أن يعطى العميل جلسة إستماع ويجب أن يقرر القاضى ما إذا كان العميل يبقى فى نطاق المرفق (أى، يستمر يقدم تهديداً للأمن [illegible]

ويتم تسهيل التعهد اللا إرادى بشدة إذا تعاونت أسرة العميل ووافقت. ومع ذلك، فى الأوقات التى قد يبادر فيها بدعاوى، ليس فقط ضد رغبات العميل، بل كذلك ضد رغبات الأسرة. فإذا حكم الإكلينيكى بأن العملاء يقدمون مخاطرة غير مقبولة، فيجب أن يبادروا بتعهد لا إرادى حتى تحتى مثل هذه الظروف العدائية للأسرة. وفى الحقيقة، يجب عمل هذا، حتى إذا هددت أسرة العميل بعمل إجراء قانونى ضد مقدم رعاية الصحة النفسية، وذلك لحماية العميل من الأذى وحماية الإكلينيكى من عواقب قانونية (Clark, 1995). والإكلينيكى غير مسئول عن إنتهاكات الثقة فى هذه الحالة، لأن العميل وقع على موافقة معلومة قبل بدء العلاج لخصت بوضوح صور الحد من السرية. ولا توجد حالات أو مجموعة من الخطوط الإرشادية الأخلاقية التى ليس لها إستثناء بسبب إيذاء الذات. وتخول للمرشد أن يفشى معلومات حاسمة عن العميل إذا ما هدد العميل بالانتحار ويعتبر فى مخاطرة مرتفعة بالنسبة لتنفيذ الفعل. وفى الحقيقة، من الأكثر إحتمالاً أن الإكلينيكيين سوف يواجهون إجراء قانونياً إذا كان لابد من أن لايختاروا الادخال إلى المستشفى ويحاول العميل الانتحار.

وخلال أو مباشرة بعد الأزمة الانتحارية مع العميل، يحتاج المعالج أو المرشد أن يسعى إلى استشارة أو إشراف ملائم، إعتماداً على مستوى التدريب. ويحتاج الإكلينيكى أيضاً- إلى أن يقوم بإحالات ملائمة للعميل، بصرف النظر

عن مستوى التدخلات (أى، علاج خارجي مقابل علاج داخلي). وقد تكون الاحالة الطبنفسية من أجل تقييم الحاجه إلى مداواة (Hood & Johnson, 1997). وهذا حقيقى بصفة خاصة إذا كان التفكير الإنتحارى والإيماءات [illegible] الأزمة الانتحارية، يمكن للعميل والإكلينيكى أن يعودا إلى العمل العلاجى الذى بدآه أو كانا على وشك أن يبدآه حينما حدثت الأزمة الانتحارية. وسوف يتبع هذا العمل العلاجى نفس الإجراءات والعمليات الملخصة فى مكان آخر بهذا الكتاب. ومع ذلك، فإن الإكلينيكى الذى يعمل مع عميل واجه أزمة إنتحار يحتاج إلى أن يبقى حذراً ويقظاً حتى لايخطأ علامات التواتر. وينطبق هذا بصفة خاصة خلال الأسابيع القليلة بعد أزمة الإنتحار، بصفة خاصة إذا تم إدخال العميل إلى المستشفى. وهذه فترة عالية الخطورة بالنسبة لكثير من العملاء، ويجب أن يبقى الإكلينيكيون على وعى ولابد أن يتناولوا قضية التفكير الإنتحارى على نحو منتظم (Meyer & Detisch, 1996).

ثانياً: التوثيق وحفظ السجلات

Documentation and Record Keeping

يقول محاميو إساءة الممارسة الشاكين فى حسن النوايا «أن ملاحظات الدكاترة أكثر أهمية من الممارسة الإكلينيكية». ويبالغ المحاميون ولكن هذه النقطة صحيحة بشكل أساسى. فإذا ماجاءت دعوى، يجب أن يعتمد الدفاع على ملاحظات الإكلينيكى المكتوبة فى ذلك الوقت. ويعد تفسيرات [illegible] مكتوبة أو شفهية، تكون قليلة الاستخدام» (Beck, 1987: 698). ويشير هذا التحذير بوضوح إلى أهمية التوثيق المكتوب للمادة بعد أن أجرى التقييم والتوثيق للإنتحار. ويجب أن يحدث مثل هذا التوثيق مباشرة، ويجب أن يكون كاملاً، ويجب أن يعكس عملية التفكير الكاملة التى خاضها الإكلينيكى فى العمل مع العميل، وتكون الإقتباسات الحرفية مفيدة لأنها تكون إستشهادات ذات معايير خاصة بالرعاية التى إتبعت بواسطة مقدم الرعاية.

ويُقدم لاحقاً مثال خاص بملاحظة على التقدم الذى يمكن أن يُكتب بعد أزمة الإنتحار مع العميل. وهذا المثال (الذى يستخدم نفس المثال الذى إستخدمه العميل فى بريمس (Brems, 1999) يلخص للقارىء كيف يعمل إتفاق ملائم للإنتحار ويغطى كل التحذيرات التى تم ذكرها سابقاً. كما يُلحق أيضاً بملاحظة التقدم نسخة من عقد الإنتحار وأعضاء الأزمة الذين كانوا مقدمين للعميل. ويجب كذلك نسخ وإرفاق أى مستندات مكتوبة أخرى مُعدة مع العميل خلال الجلسة. وأى مكالمات تليفونية أجريت بالإضافة إلى المكالمات المتضمنة فى المثال يجب أن تُسجل بنفس الطريقة، وأى قصاصات خاصة بسائل تم إستلامها عن حالة العميل (على سبيل المثال، رسائل من أعضاء الأسرة أو مهنيين آخرين يعيدون إتصالات عن العميل) تحتاج إلى أن تُرفق كذلك (مع وقت وتاريخ الإستلام).

وفى النهاية يقدم باترسون وزملاؤه (Patterson et al., 1983) وسيلة تساعد على تقوية الذاكرة بالنسبة للإرشاد فى تقييم العميل الإنتحارى، لمساعدة الإكلينيكيين على تذكر معظم النواحى الحاسمة لتقويم الانتحار. وهذه الوسيلة SAD PERSONS تلفت الإنتباه إلى معظم العوامل المتعلقة بالمخاطرة التى قد حُددت فيما كُتب عن الموضوع، وهى كمايلى:

- S ترمز إلى الجنس (ذكور - إناث).
- A ترمز إلى العمر (أكبر - أصغر).

D ترمز إلى الإكتئاب.

P ترمز إلى محاولة إنتحار سابقة.

E ترمز إلى سوء إستعمال الكحول الإيثيلي.

R ترمز إلى فقد التفكير المنطقي.

S ترمز إلى نقص المساندة الاجتماعية.

O ترمز إلى خطة منظمة.

N ترمز إلى المرض (بصفة خاصة مرض مزمن أو نهائي).

وهذه الوسيلة التى تساعد على تقوية الذاكرة تُستخدم كذلك كمقياس يمكن تصحيحه بدرجة تتراوح من صفر- ١٠. وبصفة خاصة، تُعطى النقطة ١ لوجود أى بُعد يُعين بواسطة المقياس. ويوصى مبتكرو المقياس بأن العملاء يجب أن يدخلوا المستشفى إذا أظهروا ٧- ١٠ من الأعراض، ويشجع العملاء على الأخذ فى الإعتبار دخول إرادى إلى المستشفى إذا إعترفوا بـ ٣- ٦ من هذه الأعراض، ويُرسل العملاء إلى المنزل مع تتبع مناسب إذا لم يتم تقرير أى من الأعراض أو ٢ منها فقط.

ويقدم مصدر جيد آخر للإكلينيكى المبتدىء هو قائمة المراجعة المقدمة بواسطة سومرس- فلا نجان وسومرس- فلانجان (Sommers- Flangan & Sommers- Flangan, 1995). وصورة الاستشارة الخاصة بالإنتحار المقدمة بواسطة بويلان وزملائه (Boylan et al., 1995) فى كتابهم لأطباء الإ[illegible] الجدد. وتقدم هذه الصورة على نحو أساسى توجيهاً بالنسبة لمقابلة مُعدة [illegible] أن تُستخدم لإكمال مقابلة التقييم مع العميل وتسجيل النتائج بطريقة شا[illegible] ومنظمة. ويمكن إستخدام الصورة كذلك لضمان أن سجلاً من الرعاية موضح

فى الرسم البيانى للعميل لحماية الإكلينيكى قانونياً إذا ما إنتحر العميل رغم مجهودات الإكلينيكى الكبيرة (Boylan et al., 1995). ويتم تقديم قائمة المراجعة التى يمكن أن تُستخدم لتوجيه مقابلة التقييم مع العميل وكذلك خطة التدخل فى الشكل (٢).

عوامل المخاطرة المعجلة:

	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
فكرة الانتحار	ضعيف جداً					قوى جداً	
نية الانتحار	ضعيف جداً					قوى جداً	
خطة الانتحار	ضعيف جداً					قوى جداً	

تفاصيل الخطة ....

الطريقة ....

التيسير ....

المكان ....

الوقت ....

صيغة الطريقة المميتة ....

الإعداد ....

شكل (٢) صورة الاستشارة الخاصة بالانتحار

اليأس:	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
	متفائل				يائس جداً		
الإندفاعية:	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
	تحكم ذاتى جيد				مندفع جداً		
السلوك المنغلق:	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
	حضور بسيط				حضور شديد		

عوامل مخاطرة ديمجرافية أخرى	مخاطرة منخفضة	مخاطرة متوسطة	مخاطرة مرتفعة
العمر	....	....	....
الحالة الزواجية	....	....	....
أسلوب الحياة	....	....	....

المواجهة	فقيــــرة	متوسطة	جيــــدة
المصادر الذاتية	....	....	....
الآداء اليومى	....	....	....

المساندة الاجتماعية	غياب/غير ملائم	حضور/غير ملائم	حضور/ملائم
توفر العدد			
الرغبة فى الاستخدام			
العزلة			

تابع شكل (٢)

التاريخ الأسرى	مخاطرة منخفضة	مخاطرة متوسطة	مخاطرة مرتفعة
الرابطة (العلاقة)			
تاريخ الانتحار			

التاريخ السيكاترى:	مخاطرة منخفضة	مخاطرة متوسطة	مخاطرة مرتفعة
التشخيص	....	....	....
أنماط التشخيص	....	....	....
الشدة	....	....	....
التمريض داخل المستشفى	....	....	....

التاريخ الطبى	مخاطرة منخفضة	مخاطرة متوسطة	مخاطرة مرتفعة
الأمراض المزمنة	....	....	....
الأمراض المؤلمة	....	....	....

العوامل النفسية	مخاطرة منخفضة	مخاطرة متوسطة	مخاطرة مرتفعة
وجود صدمة	....	....	....
شدة الصدمة	....	....	....
الفقدان	....	....	....
الجدة	....	....	....
المحاولات السابقة	....	....	....

تقييم المخاطرة	مخاطرة منخفضة	مخاطرة متوسطة	مخاطرة مرتفعة
التشويه المعرفى	....	....	....
عوامل الانفجار	....	....	....
عوامل الكبح	....	....	....
التقييم الموزون	....	....	....

تابع شكل (٢)

ومن المهم جداً تتبع خطوات التقييم والتدخل الملخصة في هذا الفصل (التي تشمل البحث عن الإستشارة والإشراف) لأنها سوف تزيد إحتمال أن مقدم رعاية الصحة النفسية يمكن أن يوثق رعاية معقولة. [illegible] توثيق كل الخطوات المأخوذة خاصة إذا كان لابد أن تذهب الحالة إلى [illegible] بسبب محاولة إنتحار ناجحة أو إدعاء بخرق السرية. وستكون المعلومات المحتواه في سجل العميل نافعة فقط للإكلينيكي الذي يدافع عن تصرفه في مثل هذه الحالات ولايقبل التذكر بصفة عامة كدليل على أن الإجراء الملائم كان متبعاً. وكذلك، يجب أن يصل إلى الصيغة الخاصة بالعميل في نفس اليوم كالأزمة. ويجب على الإكلينيكيين الخاضعين للتدريب وغيرهم الذين يعملون تحت الإشراف أن يلتمسوا التوقيعات من المشرفين وكذلك يحتاجون إلى توثيق إشرافهم للحالة.

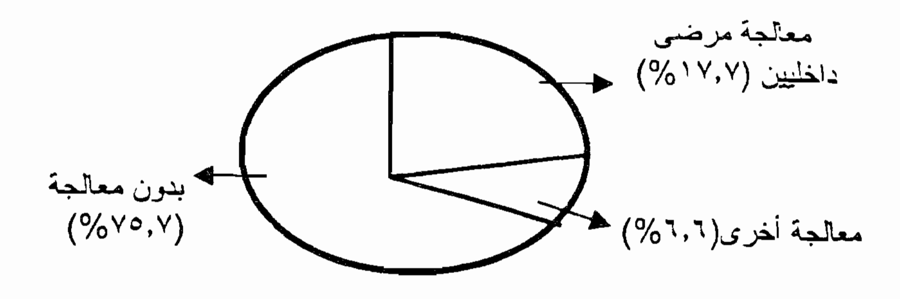
ثالثاً: المعالجة والانتحار

Treatment and Suicide

تقع معالجة الناس الإنتحاريين في فئتين رئيسيتين، هما: المعالجة بعد محاولة الإنتحار، والوقاية من الإنتحار. واليوم، يُعطى إنتباه خاص كذلك للأقارب والأصدقاء (Farberow, 1991, 1993)، الذين كان ثقلهم، وذنبهم، وغضبهم بعد مصيبة أو محاولة الإنتحار يمكن أن يكون كثيفاً. ويتحول كثير من الناس إلى العلاج النفسي أو جماعات المساندة لمساعدتهم على التعامل مع ردود أفعالهم لإنتحار شخص محبوب لديهم، ولكن المناقشة هنا ستكون مقصورة على العلاج المقدم للناس الإنتحاريين أنفسهم.

١- المعالجة بعد محاولة الإنتحار

بعد محاولة الإنتحار، تكون الحاجة الأساسية لمعظم الضحايا هي الرعاية الطبية [illegible] أخرى. وبمجرد أن يُشفى التلف البدني أو يستقر على الأقل، قد يبدأ العلاج النفسي. ولسوء الحظ، حتى بعد محاولة قتل أنفسهم، يتقاعس معظم الناس الإنتحاريين عن تلقى علاج منهجي، وهذا مايوضحه الشكل (٣):



شكل (٣) يوضح نسبة المعالجة للأفراد الانتحاريين

وفي مسح عشوائي لـ ٣٨٢ مراهقاً، وجد أن ٩٪ قد إرتكبوا محاولة إنتحار واحدة على الأقل، ومن هؤلاء جميعاً كان النصف فقط قد أعطىَ علاجاً نفسياً تالياً (Harkavy & Asnis, 1985) ووجدت دراسة أخرى أن ٤٦٪ من الناس المعالجين من محاولة إنتحار في مستشفى «هيلسينكي» العام لم يعطوا مجرد إستشارة نفسية (Suokas & Lonnqvist, 1991).

وحينما يُقدم العلاج، فإنه قد يكون على أساس علاج خارجي أو علاج داخلي للمرض. وبالنسبة للمرضى باضطرابات عقلية مثل النصام واضطرابات

المزاج الشديدة، فإن العلاج الداخلى الممتد وجد أنه أكثر فعالية فى خفض عدد محاولات الإنتحار التالية من العلاج الخارجى والعلاج الداخلى قصير المدى . (Deering et al., 1991)

والهدف من العلاج هو إبقاء العملاء أحياء، ومساعدتهم على تحقيق [illegible] بسانية لتناول الضغط وحل المشاكل (Shneidmon, 1993). وقد استخدمت أنظمة وصور العلاج المختلفة (Retheram - Borus et ,al., 1994) ولكن أبحاث قليلة نسبياً قد قارنت فاعلية المجالات المتنوعة .

وقد قارنت إحدى الدراسات نتائج العلاج الذى أعطى لمجموعتين من محاولى الإنتحار المتكرر (Liberman & Echman, 1981) حيث عولج ١٢ شخصاً فى جماعة علاج سلوكى - تم تعليمهم كيف يحسنون مهاراتهم التعبيرية اللفظية وغير اللفظية فى تقنيات إسترخاء موجهة، كما حضروا جلسات أسرية حيث تعلموا أن يحسنوا الإتصال الأسرى، ويشاركوا فى المسئوليات. وتلقت المجموعة الثانية المكونة من ١٢ شخصاً محاولاً للإنتحار، علاجاً موجهاً نحو الاستبصار، كما حضروا جلسات علاجية ملحق بها جلسات علاج جماعى وعلاج أسرى. وبدأت برامج كلا العلاجين خلال الإقامة بالمستشفى وإستمرت على أساس علاج خارجى لمدة تسعة شهور.

وفى التقييم الأول بدا أن الأشخاص الذين خضعوا للعلاج السلوكى يتحسنون أكثر من أولئك الذين أعطوا علاجاً سيكوديناميا حيث أظهروا إكتئاباً أقل، وقلقاً أقل، وتوكيدية أكثر على مقاييس التقرير الذاتى [illegible] عدد من كانوا يشغلون منهم وظائفاً طول الوقت إلى الضعف فى وقت المراجعة التتبعية. ومع ذلك، فإن عدد محاولات الانتحار التالية كانت متساوية نحو التقريب. فثلاثة أشخاص من مجموعة العلاج بالاستبصار وإثنان من مجموعة العلاج السلوكى حاولوا الانتحار مرة ثانية .

٢ - الوقاية من الانتحار

أثناء الأربعين سنة الماضية إنتقل التأكيد من علاج الانتحار إلى الوقاية من الانتحار (Cantor, 1991). وفى بعض النواحي يكون هذا التغير ملائماً إلى أقصى حد: الفرصة الأخيرة لبقاء كثير من ضحايا الإنتحار المحتملين أحياء تأتى قبل المحاولة الأولى .

وقد بدأ التأكيد على الوقاية من الإنتحار جدياً خلال منتصف الخمسينات من القرن العشرين مع إبتكار برامج الوقاية من الإنتحار. وكان أول مثل هذه البرامج فى الولايات المتحدة هو مركز «لوس أنجيلس» للوقاية من الإنتحار، المؤسس بواسطة نورمان فاربيرو وإيدوين شنيدما (Farberow & Shneidman, 1995) . والآن، يوجد أكثر من ٢٠٠ مركز وقاية من الإنتحار مستقلاً، مؤسساً على نحو محلى فى الولايات المتحدة وأكثر من ١٠٠ مركزاً فى إنجلترا، والأعداد لازالت تزداد (Lester, 1989). وبالإضافة إلى ذلك، فإن كثيراً من مراكز الصحة النفسية، وحجرات الطوارئ بالمستشفيات، ومراكز التحكم فى السموم تتضمن - الآن - برامجاً للوقاية من الإنتحار بين خدماتها. كما يوجد أكثر من ١٠٠٠ خطاً ساخناً خاص بالإنتحار، وخدمات تليفونية على مدى ٢٤ ساعة يومياً فى الولايات المتحدة (Carland et al.,1989). ويصل الزائرون إلى المرشد أو إلى مهنى مدرب بشكل نمطى - شخص بدون درجة رسمية فى مهنة الإرشاد - يقدم خدمات تحت إشراف مهنى فى الصحة النفسية .

وتحدد مراكز الوقاية من الإنتحار الأشخاص الإنتحاريين كأشخاص فى أزمة - بمعنى، تحت ضغط شديد، وغير قادرين على المواجهة، ويشعرون بالتهديد أو الأذى، ويفسرون مواقفهم بإعتبارها غير قابلة للتغير وبناء على ذلك، تنغمس المراكز فى التدخل فى الأزمات: إنها تحاول مساعدة الناس [illegible] على نحو أكثر بطريقة بناءة. ولأن الأزمات يمكن أن تحدث فى أى وقت، فإن المراكز تعلن عن خطوطها الساخنة وترحب كذلك بالعملاء على المجىء بدون مواعيد .

وبالرغم من أن ملامحاً معينة تختلف من مركز إلى مركز، فإن المجال العام المستخدَم بواسطة مركز الوقاية من الإنتحار «بلوس إنجيلس» يعكس الأهداف والتقنيات لكثير من مثل هذه المؤسسات (Lester, 1989) . وخلال الإتصال المبدئى، يكون على المرشد مهام عديدة: تأسيس علاقة إيجابية، وفهم وتوضيح المشكلة، وتقييم إحتمالية الإنتحار، وتقييم وتعبئة مصادر الزائرين، وصياغة خطة للتغلب على الأزمة (Shneidman & Farberow, 1968) .

تأسيس علاقة إيجابية:Establishing Positive Relationship

من الواضح أنه يجب أن يثق الزائرون فى المرشدين إذا كان لهم أن يأتمنوهم على أسرارهم ويتبعوا إقتراحاتهم. وهكذا فإن المرشدين يحاولون أن يحددوا نغمة مريحة للمناقشة. إنهم ينقلون الرسالة التى يستمعون إليها، ويفهمونها، ومهتمين بها، ولايصدرون أحكاماً عليها، يستفادوا بها .

فهم وتوضيح المشكلة Understanding and Clarifying the Problem: يحاول المرشدون بداية أن يفهموا المجال الكامل لأزمة الزائر، وبعد ذلك يساعدون الزائر على رؤية الأزمة فى نطاق واضح وبناء. وبصفة خاصة يحاول المرشدون أن يساعدوا الزائرين على تحديد القضايا المركزية، والطبيعة العابرة لأزمتهم، ويتبينوا البدائل للتصرف الإنتحارى .

تقييم إحتمالية الإنتحار: Assessing Suicide Potential:

يكون بعض الزائرين فى أزمة أكبر من الآخرين، وأقرب لمحاولة الإنتحار. وتعتمد [illegible] إبتكار تقنيات دقيقة لتقييم الإنتحار قد أصبحت إهتماماً رئيسياً للإكلينيكيين والباحثين (Rotheram, 1987). والعاملون بمركز الوقاية من الإنتحار «بلوس إنجيلس» يستوفون إستبياناً يُسمى غالباً «مقياس الهلاك» Lethality Scale لتقدير الانتحار لدى الزائر. ويساعدهم على تحديد درجة الضغط التى يكون الزائر تحتها، وسمات الشخصية المتعلقة بالإنتحار، وكيفية خطة الإنتحار التفصيلية، وشدة الأعراض، ومصادر المواجهة المتاحة للزائر. والعاملون على الأزمة يمكن أن يقيّموا بعد ذلك ماإذا كان لابد من إدخال الزائرين إلى المستشفى من أجل أمنهم الخاص، ويحالون للعلاج، أو ينتهون إلى منهج إجرائى آخر .

تقييم وتعبئة مصادر الزائر: Assessing and Moblizing the Caller's Resources : بالرغم من أنهم قد يرون أنفسهم غير فعالين وعاجزين، فإن الناس الإنتحاريين لديهم فى العادة كثير من القوى والمصادر، التى تشمل أقارباً وأصدقاء. وإن عمل المرشد أن يتبين، ويتعرف على، وينشط تلك المصادر .

صياغة خطة: Formulating a Plan: يصيغ كل من المشتغل فى الأزمة والزائر خطة العمل. فمن حيث الجوهر يوافقان على طريقة خارج الأزمة، وبديل بنائى للعمل الإنتحارى. وبالرغم من أن كلاهما يشاركان فى صياغة

الخطة، فإن المرشد يأخذ الدور الريادى ويعطى الاقتراحات وربما حتى يرعى علاقة معتمدة. وإذا كان الزوار فى وسط محاولة الانتحار، فإن المرشدين سوف يحاولون كذلك أن يتأكدوا من أماكن وجودهم ويحصلوا على مساعدة طبية لهم.

وتشمل معظم خطط الأعمال سلسلة من جلسات الإرشاد التتبعية على مدى الأيام أو الأسابيع القليلة التالية إما شخصياً بالمركز أو عن طريق التليفون. ويتفاوض المرشدون عادة فى عقد «الانتحار» مع الزائر - وعد بعدم محاولة الانتحار، أو وعد على الأقل بإعادة تأسيس إتصال إذا فكر الزائر مرة ثانية فى الإنتحار. كما تتطلب كل خطة فى العادة تأسيس إتصال إذا فكر الزائر مرة ثانية فى الإنتحار. وتتطلب كل خطة - أيضاً - فى العادة أن يعمل الزائر تغييرات معينة ويتخذ إجراءات معينة فى حياته الشخصية. ويصبح أعضاء وأصدقاء الأسرة متضمنين فى بعض الخطط .

وبالرغم من أن التدخل فى الأزمة يبدو كافياً لبعض الناس الانتحاريين، فإن العلاج طويل المدى يحتاج إليه حتى ٦٠٪ منهم. وهذه حالات نبعت فيها أزمة الإنتحار من مشاكل مزمنة فى المواجهة والحياة الذين يتم تناولهما فى العلاج الممتد (Mills, 1985). وإذا لم يقدم التدخل فى الأزمة هذا النوع من العلاج، فإن المرشدين سوف يشيرون إلى هؤلاء الناس فى مكان آخر .

وبإنتشار حركة الوقاية من الإنتحار خلال الستينيات من القرن العشرين، إستنتج كثير من الإكلينيكيين أن تقنيات التدخل فى الأزمة يجب أن تطبق كذلك على مشاكل غير الانتحار. وإستدلوا أن الناس غير الإنتحاريين مجهدون - أيضاً - بأزمات وقد يستفيدون من صورة تدخل نشطة للمشاكل. وقد بزغ التدخل فى الأزمات خلال العقود الثلاثة الماضية كعلاج محترمة لمثل هذه المشاكل واسعة المدى مثل فوضى المراهقين، وإساءة

إستعمال العقاقير والكحول، ووجود ضحايا للإغتصاب، وإساءة القرين (Lester, 1989; Bloom, 1984) .

٣ - فاعلية الوقاية من الانتحار

The Effectiveness of Suicide Prevention

قد كان من الصعب للباحثين تقييم فاعلية مراكز الوقاية من الإنتحار (Bloom, 1984). وتوجد أنواع كثيرة من المراكز، كل منها بإجراءاته الخاصة وخدمة المجتمعات التى تختلف فى العدد والعمر والثبات الإقتصادى والضغوط البيئية. والمجتمعات ذات عوامل المخاطرة الخاصة بالإنتحار، مثل مجتمع متقدم فى العمر أو النضال الإقتصادى قد تستمر فى الحصول على معدلات إنتحار أعلى من مجتمعات أخرى بصرف النظر عن فاعلية مراكز الوقاية المحلية الخاصة بها .

هل تخفض مراكز الوقاية من الإنتحار عدد الإنتحارات فى مجتمع؟ فالباحثون الإكلينيكيون لايعرفون (Lester, 1989) والدراسات التى تقارن معدلات الإنتحار المحلية قبل وبعد تأسيس مراكز وقاية المجتمع قد أدت إلى نتائج مختلفة جداً. فيجد البعض إنخفاضاً فى معدلات الإنتحار (Millir et al, 1984)، والآخرون لايتغيرون (Barraclough et al., 1977)، ويجد آخرون زيادة معدلات الإنتحار (Weiner, 1969). ومع ذلك، فمن المهم ملاحظة أن الزيادة فى معدلات الإنتحار الموجودة فى بعض الدراسات قد تعكس زيادة المجتمع الكلية فى السلوك الإنتحارى. وقد وجد أحد الباحثين أنه بالرغم من أن معدلات الإنتحار قد زادت فى بعض المدن ذات مراكز الوقاية، إلاأنها زادت حتى أكثر فى مدن بدون مثل هذه المراكز (Lester, 1991)

هل الناس الإنتحاريون يتصلوا بمراكز الوقاية؟ فيما يبدو أنه لايفعل ذلك سوى نسبة مئوية صغيرة. وقد أشار البحث إلى أن ٢٪ تقريباً من الناس الذين قتلوا أنفسهم فعلاً فى لوس إنجيلس إتصلوا دائماً بمركز «لوس أنجيلس» للوقاية من الإنتحار (Weiner, 1969) ... يبدو ان الزائر لمركز وقاية مدنى يكون صغيراً، وأمريكى من أصل إفريقى، وأنثى، فى حين أن العدد الأكبر من الإنتحارات يُرتكب بواسطة رجال بيض متقدمين فى العمر(Lester, 1989) .

ومن الناحية الأخرى، لاتبدو مراكز الوقاية أنها تساعد فى تحاشى الإنتحار بالنسبة لأولئك الناس ذوى المخاطرة العالية الذين يزورون مراكز الوقاية. وحدد الباحثون الإكلينيكيون ٨٠٠ فرداً مرتفعى المخاطرة الذين إتصلوا بمركز «لوس إنجيلس للوقاية من الإنتحار مقارنة بـ٦٪ معدل الإنتحار الموجود فى الجماعات عالية المخاطرة. وأحد مضمونات هذه النتائج هو أن هذه المراكز تحتاج إلى أن تكون أكثر رؤية ومقتربة بواسطة الناس الذين يخفون أفكار الإنتحار. ويشهد العدد المتنامى من الإعلانات والمنشورات فى الجرائد والتليفزيون والراديو ولوحات الإعلانات بحركة فى هذا الإتجاه (Farberow & Litman, 1970).

وجزئياً بسبب برامج الوقاية من الإنتحار الكثيرة والبيانات التى ولدتها، فإن إكلينيكيى اليوم لديهم فهماً أفضل للإنتحار وقدرة أكبر على تقييم المخاطرة الإنتحارية من أولئك فى الماضى. وتكشف الدراسات أن مهنيى الرعاية الصحية الأكثر دراية بالإنتحار هم أخصائيون نفسيون، وأخصائيون طبنفسى، ومختصون يعملون فى مراكز الوقاية(Domino & Swain, 1986) والمهنيون الأقل علماً نسبياً الذين الذين يمكن أن يكونوا على إتصال بالأشخاص الإنتحاريين قد يشملون رجال الدين (Domino, 1985) .

ودعا شنيدمان (Shneidman, 1987) إلى تعليم عام أكثر فعالية خاص بالإنتحار باعتباره صورة الوقاية القصوى. وعلى الأقل بعض برامج التعليم الخاص بالإنتحار- معظمها يركز على المدرسين والطلاب [illegible] فى الظهور (Klingman & Hochodorf, 1993) .

والمنهج الصحيح لمثل هذه البرامج قد كان موضوع جدير بالاعتبار وقد فُحِص جدواها على نطاق واسع. ومع ذلك، يوافق معظم الإكلينيكيين على القصد وراء هذه البرامج، وعلى نحو أكثر عمومية، مع «شنيدمان» حينما قرر:

«تكمن الوقاية الأساسية للإنتحار فى التعلم. ويكون الطريق خلال تعليم أحدهم الآخر... والجُمهور الذى ينتحر يمكن أن يحدث لأى شخص، حيث توجد إشارات لفظية وسلوكية يمكن أن يُنظر إليها من أجل... وأن المساعدة تكون متاحة...

وفى التحليل الأخير، تكون الوقاية من الإنتحار هى عمل كل إنسان» (Shndidman, 1985: 238) .

الإستنتاج :

تناولنا فى هذا الفصل عدة موضوعات، هى طبيعة التدخل فى حالة المخاطرة بالانتحار، وأوضحنا أنه يجب إبرام عقد إتفاق بين الإكلينيكى ومريض الانتحار. كما ألقينا الضوء على عملية التوثيق وحفظ السجلات. ثم تم عرض معالجة الإنتحار، متمثلة المعالجة بعد محاولة الانتحار، والوقاية من الانتحار. وقد أبرزنا أنه يجب علينا أن نركز على كيفية الوقاية من الانتحار لتقليل حدوثه بدلاً من خدوث محاولات انتحار ناجحة أو فاشلة .

مراجع الفصل العاشـر:

1 - Bar[illegible]clough, B., Jennings, C., & Moss, J. (1977). Suicide Prevention by the Samaritans: A controlled study of effectiveness. Lancet, 2, 237-238.

2 - [illegible] A. (1987). The potentially violent patient. Legal duties, clinical practice, and risk management. Psychiatric Amals, 17, 695-699.

3 - Bl[illegible]m, B. (1984). Community mental health: A general introduction (2nd ed.). Monterey CA: Brooks/ Cole.

4 - B[illegible]n, J., Malley, P., & Scott, J. (1995). Practicum and internship: Textbook for counseling and psychotherapy. Bristol, PA: Accelerated Development.

5 - Br[illegible], C. (1999). Psychotherapy: Processes and techniques. Boston: Allynn & Bacon.

6 - C[illegible]r, P. (1991). Developmental perspective on prevention and treatment of suicidal youth. In A.A. Leenaars (Ed.), Life span perspective of suicide: Tine-Lines in the suicide proces. New York: Plenum.

7 [illegible]rk, D. (1995). Epidemiology, assessment, and management of suicide in depressed patients. In E. Beckham & W. Leber, (Eds.), Handbook of depression (pp 536- 538). New York: Guilford.

8 - Deering, C., Coyne, L., Grame, C., Smith, M. (1991). Effects of extended hospitalization: A one-year follow-up study. Bull. Menniger Clin., 55(4), 444-453.

9 - [illegible] (1985) Clegy's attitudes toward suicide and recognition of suicide lethality. Death Studies, 2, 187-199.

10- Domino, G., & Swain, B. (1986). Recognition of suicide lethality and attitudes toward suicide in mental health profession. Omega: J. Death & Dying, 16 (4), 301- 308.

11- Farberow, N. (1991). Adult survivor after suicide: Research problems and needs. In A.A. Leemaars (Ed.), Life span perspectives of suicide: Tine-Lines in the suicide process. New York: Plenum.

12- Farberow, N. (1993). Bereavement after suicide. In A. Leenars, L. Berman, P. Cantor, E. Litman, & R. Maris (Eds.), Suicidology. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.

13- Farberow, N., & Litman, R. (1970). A comprehensive suicide prevention program. Los Angles: Suicide Prevention Center of Los Angeles. Unpublised final report.

14- Fireston, R. (1997). Suicide and the inner voice: Risk assessment, treatment, and case management. Thousand Oaks, CA: Sage.

15- [illegible]jimura, L. , Weis, D., & Cochran, J. (1985). Suicide:Dynamics and implications for counseling. Journal of Counseling and Development 64, 612- 615.

16- [illegible]od, A., Shaffer, D., & Whittle, B. (1989). A national survey of adolescent suicide prevention programs. J. Amer. Acad.Child Adol. Psychiat., 28, 931- 934.

17- [illegible]land, B., & James, R. (1993). Criss intervention strategies (2nd ed.). Pacific Grove, CA:Brooks 1 Cole.

18- [illegible]ukavy, J., & Asnis, G. (1985). Suicide attempts in adolescence: Prevalence and implications. New England Journal of Medicine, 313, 1290- 1291.

19- [illegible]ood, A., & Johnson, R. (1997). Assessment in counseling: A guide to the use of psychological assessment procedures: Alexandria, VA: American Counseling Association.

2[illegible] [illegible]chins, D., & Vaught, C. (1997). Helping relationships and strategies (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Books? Cole.

[illegible] [illegible]gman, A., & Hochdorf, Z. (1993). Coping with distress and self harm: The impact of a primary prevention program among adolescents. Journal of Adolescence, 15, 121-140.

22- Lester, D. (1989). Can we prevent suicide? New York: AMS Press.

23- Lester, D. (1991). Do suicide prevention centers prevent suicide? Homeostasis in health .

24- Liberman, R., & Eckman, T. (1981). Behavior therapy Vs, insight- oriented therapy for repeated suicide attempters. Arch. Gen. Psychiat., 38 (10), 1126-1130.

25- Meyer, R. , & Deitsch, S. (1996). The clinical's handbook: Integrated diagnositics, assessment, and intervention in adult and adolescent psychopathology. Boston: Allyn & Bacon.

26- Miller, H., Coombs, D., & Leeper, J. (1984). An analysis of the effects of suicide prevention facilites on suicide rates in the United States. Amer. J.Pub. Health, 74, 340-343.

27- Mills, M. (1985). Intervention strategies in a suicidal case. Psych. Rep., 56(3), 718.

28- Patterson, W., Dohn, H., Bird, J., & Patterson, G. (1983).Evaluation of suicidal patients. The SAD PERSONS Scale Psychosomatic, 24, 343- 349.

29- Rotheram, M. (1987). Evaluation of imminent danger for suicide among youth. Anmual Meeting of the American Orthopsychiatric Assoc. Amer. J. Orthopsychiat., 57 (1). 102 110.

30- Seligman, L. (1996). Diagnosis and treatment planning in counseling (2nd ed.). New York: Plenum Press.

31- Shn[illegible]man, E. (1985). Definition of suicide. New York: Wiley.

[illegible] E. (1987, Mar.). At the point of no return. Psychol. Today.

33- S[illegible]man, E. (1993).Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Northvale, NJ: Jason Aronson.

34- S[illegible]man,E., & Farberow, N. (1968). The Suicide Prevention Center of Los Angeles. In H. Resnick (Ed.), Suicide behavior: Diagnosis and management. Boston: Little, Brown.

35- S[illegible], K. (1990). Crisis intervention: A handbook for practice and research (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

36- [illegible]er-Flanagan, J., & Sommer-Flanagan, R. (1995). Intake interviewing with suicidal patients: A systematic approach. Professional Psychology, 26, 41-46.

37- [illegible]as, J., & Lonnqvist, J. (1991). Selection of patients who attempted suicide for psychiatric consultation. Acta Psychiatr. Scandin, 83(3), 179-182.

[illegible] [illegible]iner, I. (1969). The effectiveness of suicide prevention programs. Ment. Hyg., 53, 357- 373.

الفصل الحادى عشر
علاج الاضطرابات الجنسية

فى هذا الفصل سوف نتناول عـلاج الاختـلالات الجنسـيـة، مـتـمـثلة فى الرغبة [illegible] المبكر، واختـلالات الاسـتـثـارة وهزة الجـمـاع لدى الأنثى، والتـقلص التـشنجى للمهبل، والجماع المؤلم. كما نلقى بعض الضوء على العلاج السلوكى للنساء المُساحقات والرجال المستهترين .

أولاً: علاج الاختلالات الجنسية

لقد جلبت السنوات العشرين الأخيرة تغيراً ملحوظاً فى إجراءات العلاج النفسى المستخدمة فى علاج الإختلال الجنسى. ومنذ بدايات هذا القرن، فإن مجال العلاج الرئيسى كان التحليل النفسى الفرويدى المكثف طويل المدى، على إفتراض أن الإختلال الجنسى كان مسبباً عن طريق فشل فى التقدم خلال مراحل نمو الطفولة النفسجنسية. وللتقدم خلال مراحل النمو، فلابد للمريض أن يخبر من جديد الطفولة (على نحو أكثر نجاحاً هذه المرة) عن طريق علاقة الطرح مع المحلل، التى تعمل كبديل للعلاقة الأصلية بين الوالد والطفل. واعتبر إعادة تعرف رئيسى على الشخصية أمراً ضرورياً، حيث أنه فى نظرية التحليل النفسى تكون الاختلالات الجنسية عرضية لفشل أكبر كثيراً فى نمو الشخصية. وكان يظن أن العلاج التحليلى لأربع أو خمس مرات أسبوعياً على مدى شهور كثيرة أو حتى سنوات سيكون مطلوباً لزيادة الأداء الجنسى. وأدت هذه الفكرة بالمحللين إلى استنتاج أن «كمشكلة ضخمة، فإن مسألة البرود لاتحل لسوء الحظ» (Bergler, 1951).

وفى الخمسينيات والستينيات، بدأ المعالجون السلوكيون يقدمون علاجات بديلة للإختلالات الجنسية. ففى النظرية السلوكية، تعتبر الإختلالات الجنسية نتيجة للقلق الذى يُعرف بأنه يسد الإستجابة الجنسية، وتتكون الإجراءات العلاجية من التدريب على استرخاء العضلات [illegible] القلق. والتحصين المنهجى Systematic desensitization (Lazarus 1965; Wolpe, 1958).

وفى التحصين المنهجى للفشل الإنتصابى، على سبيل المثال، يمكن أن يصبح المرضى مسترخين بعمق وبعد ذلك يتخيلوا أو يتصوروا مناظراً جنسية، تبدأ بنشاطات خفيفة مثل التقبيل والتقدم تدريجياً إلى تخيلات خاصة بالجماع. وعندما يستطيع المرضى تخيل نشاط جنسى بدون أن يصبحوا قلقين ومتوترين، سوف يُسمح لهم أن يحاولوا النشاط بالمنزل، فى تفاعل جنسى واقعى مع شركائهم. وكان هذا المجال الخاص بخفض القلق ناجحاً على نحو معتدل ولكنه لم ينجح حينما كانت الأسباب الرئيسية للإختلال خطء المعلومات، واتجاه سلبى، ونقص التقنية الجنسية الفعالة .

وحدثت ثورة فى علاج الإختلالات الجنسية، بنشر عدم الكفاية الجنسية الإنسانية، لماسترز وجونسون (Masters & Johnson, 1970) وعُرف مجالهم بـ«العلاج الجنسى». وعُدلت إجراءاتهم على مر السنين وأضيف بعض الإجراءات الجديدة على نحو تام، وبذلك فإن العلاج الجنسى اليوم هو علاج معقد ذو عناصر عديدة، يشمل تقنيات معرفية، وسلوكية، وخاصة بناء مهارات الإتصال. وفى نفس الوقت، فإن العلاج الجنسى الحديث قصير المدى، يركز بصفة خاصة على المشكلة الجنسية أكثر منها على إعادة تنظيم الشخصية، ومباشر فى طبيعته. خمسة عشرة إلى عشرين جلسة لعلاج أسبوعى تكون نمطية لمعالجة معظم الإختلالات .

والعنصر الأول للعلاج الجنسى هو **تقييم وتصور المشكلة**، وعلى نحو متواز مع الفحص الطبى لكشف المشاكل العضوية الممكنة، فإن المريض تتم مقابلته بخصوص «تاريخه الجنسى». ويكون التأكيد على فهم أحداث الحياة الماضية والعوامل الحالية التى تسبب الإضطراب. فقضى «ماسترز وجونسون» (١٩٧٠) ساعات عديدة يأخذان التواريخ من كل مريض، ولكن الممارسة الحديثة هى قضاء وقت أقل بكثير على الماضى منه على الإنفعالات، والإتجاهات الحالية، والسلوك الذى يُبقى الإختلال (LoPiccola, 1990). عند مناقشة هذه العوامل العلية مع المرضى، فإن معالجى الجنس يؤكدون على مبدأ المسئولية المشتركة، إن كلا الشريكين فى علاقة يشتركان فى المشكلة الجنسية، بصرف النظر عن من هو الذى لديه الإختلال الفعلى، إن زوج إمرأة ليست لديها هزة الجماع، على سبيل المثال، تكون مسئولة جزئياً عن خلق أو الإبقاء على مشكلتهما، وهو كذلك المريض الذى يحتاج إلى عمل تغيرات إذا لم تكن هى قادرة إطلاقاً على الوصول إلى هزة الجماع. وبسبب مبدأ المسئولية المشتركة، يجب أن يفضل معالجو الجنس أن يتلقوا كلا عضوى العلاقة الجنسية فى العلاج، وحقاً، يكون العلاج أكثر نجاحاً بصفة عامة حينما تكون هذه هى الحالة (Heiman et al., 1981). وغالباً مايكون الشريك الذى لديه اختلال مقاوماً للدخول فى العلاج، مدعياً أن «أنها ليست مشكلتى». وتكون إجابة المعالج الجنسى هى أن تعيين اللوم ليس هو القضية، وفى حين أن الشريك اللاإختلالى قد لايكون لديه شىء يفعله فيما يتعلق بالمشكلة، فإن له بوضوح دوراً قاطعاً يلعبه فى حل المشكلة. واقترح «ماسترز وجونسون» (١٩٧٠) أن الزوجين المريضين سوف يشعران براحة أكثر بفريق علاجى ذكر - أنثى حيث أن كلاً منهما سيكون له نصير فى المعالج الذى يعرف ماهو الجماع بالنسبة لشخص

من نفس الجنس. واعتبر «ماسترز وجونسون» أن هذا الفريق العلا... المشترك من جنس ثنائى أنه حاسم بالنسبة للنجاح العلاجى، ولكن البحث الذى يقارن معدلات النجاح للمعالجين المنفردين وفرق العلاج المشترك الثنائى ... بين أى فروق فى الفاعلية (LoPiccolo et al., 1985) ... رج،

فإن معظم العلاج الجنسى يُجرى اليوم بواسطة معالج يعمل منفرد...

والعنصر الرئيسى الثانى للعلاج الجنسى هو شروط ... لومات **الدقيقة الخاصة بالجنسية**. وكثير من المرضى الذين يعانون ... اختلال الجنسى يعرفون القليل جداً عن التشريح وعلم وظائف الأعضاء ... خاصين بالإستجابة الجنسية. وقد يكونوا مضللين معلوماتياً بالنسبة للـ... الفعالة للإثارة الجنسية، ودور البظر فى هزة الجماع للمرأة، أو الحاجة ... من الإثارة الجسمية لإنتاج انتصاب قضيبى طبقاً لعمر الرجال، ... عالجو الجنس ويزيدوا معرفة مرضاهم خلال المناقشة، والكتب الإرشا... شرطة المرئية، والأفلام التعليمية المهنية .

والعنصر الثالث للعلاج الجنسى هو العمل على تغيير ... ات، والمعارف، والإعتقادات المشكلة بخصوص الجنسية ... ات الأسرية نحو الجنس، والخبرات الصدمية الماضية، ودور النمط الإ... بالمرضى للإختلال فى أنفسهم أو فى شركائهم يمكن كل ذلك أن ... وانفعالات سلبية تمنع الإستثارة الجنسية والمتعة الجنسية، وأدوار ... المفروضة اجتماعياً تُصطحب بمجموعة من أساطير الدور الجنسى أو ... المعرفية التى يمكن أن تؤدى كذلك إلى الإختلالات الجنسية. ومساعدة ... على فحص هذه الأساطير على نحو نقدى يمكن أن تكون علاجية جداً

وعنصر هام آخر لعلاج الجنس هو **استئصال قلق الأداء ودور المشاهد خلال التركيز المدرك بالحواس وتقديم سرور غير مطلوب.** وحيث أن الضغط للحصول على انتصاب أو هزة جنسية يتداخل مع الإستثارة، فإن العلاج الجنسى يبدأ بحظر الجماع وملاطفة الأعضاء التناسلية.

يتم إرشاد الأزواج أنه لفترة، يجب إقتصار النشاط الجنسى بالمنزل على التقبيل، والتحضين، والرسالة الحسية للجسم كله، لاتشمل الثديين والأعضاء التناسلية. وعلى مدى أسابيع متعاقبة يعاد بناء ذخيرتهم الجنسية تدريجياً، مع تأكيد دائم على إمتاع خبرة السرور الحسى ودون السعى إلى نتائج. ويرتبط مبدأ التركيز الحسى بـ«ماسترز وجونسون» (١٩٧٠)، الذى نظمه منهجياً، ولكن طبيباً بريطانيا، السير «جون هانتر»، يعرف بأنه اقترح نفس المجال منذ أكثر من ٢٠٠ سنة. أخبر السير «جون» رجلاً ذا فشل انتصابى أن «يذهب إلى الفراش مع هذه المرأة، ولكنه يقرر لنفسه أنه لن يحصل على أى إتصال معها، لمدة ست ليالى... لقد أخبرنى أن قراره قد أنتج مثل هذا التغيير الكلى فى حالته العقلية بحيث احتلت القوى (الإنتصاب) مكاناً بأسرع وقت، لأنه بدلاً من الذهاب إلى الفراش مع الخوف من العجز، ذهب بخوف من أنه سوف تتملكه رغبة شديدة للغاية، وقوة شديدة جداً (Humter & Mac Alpine, 1963).

والعنصر الخامس للعلاج الجنسى هو **زيادة الإتصال وفاعلية التقنية الجنسية**. ولأنه من المربك أو المقلق لمعظم المرضى المختلين وظيفياً أن يخبروا شركائهم بما يجدونه مجلباً للسرور والمتعة فى النشاط الجنسى، فإنهم لايتعلمون من بعضهم البعض، ولكنهم ينهمكون فقط فى نفس التقنيات الجنسية غير الفعالة مراراً وتكراراً. وخلال العلاج يخبر الزوجان بأن يستخدما جلساتهما التى تركز على مدركاتهما الحسية بالمنزل لمحاولة الأوضاع الجنسية

التى يستطيع فيها الشخص الملاطف أن يوجه يدى الآخر وينظم سرعة الضغط، وموقع الملاطفة. ويعلم الأزواج كذلك أن يعطوا تعليمات لفظية [illegible] غير مهددة، ومعلوماتية (.. أشعر أفضل فوق هنا، بضغط أقل [illegible] بدلاً [illegible] الطريقة التى تلمسنى بها لاتثيرنى..).

والعنصر العام الأخير هو تغيير **أساليب الحياة** والتفاعلات **الزواجية المدمرة**. فالجنس هو الأسبقية الأدنى فى قائمة كثير من المرضى الإختلاليين، وإذا ماتُرك الجنس حتى متأخراً فى الليل، وبالفراش حينما ينهمك كلا الشريكين، فمن غير المحتمل أن يشعرا بأى إحساس ومتعة. وسوف يقترح معالج الجنس أن يعيد الأزواج ترتيب أولوياتهم وأن يؤدوا جلسات التى تركز على الحس عندما يكونوا مسترخين، غير متعبين أو تحت ضغط. وبالمثل إذا كان زواج الزوجين فى صراع أو إذا كان يوجد اتصال انفعالى [illegible] بينهما، فإن محاولة بناء علاقة جنسية جيدة، تكون غير ممكنة فى الواقع. فى مثل هذه الحالات سوف يساعد المعالج الزوجين على إعادة بناء علاقتهما لتخفيض الصراع وبناء مزيد من الود .

وقد اُبتكرت تقنيات معينة لمعالجة كل من الإختلالات الجنسية .

الرغبة الجنسية الأقل نشاطاً والكراهية الجنسية:

بسبب كثير من القضايا النفسية الصعبة التى يحتمل أن تؤ[illegible] جنسية أقل نشاطاً وكراهية جنسية، فإن هذه الإختلالات تتطلب [illegible] العلاج أطول وأكثر تعقيداً من الأخرى. وقد وصف چيرى فريدم[illegible] (١٩٨٨) نموذج علاجى تتابعى من أربعة عناصر للدافع والكراهية الأقل [illegible] والمُستخدم على نطاق واسع .

تركز المرحلة الأولى من العلاج، المسماة **الوعى الوجدانى**، على مساعدة العميل على أن يصبح واعياً بانفعالاته السلبية بخصوص الجنس. وتساعد الجلسات العلاجية التى يتصور خلالها المريض المناظر الجنسية على كشف [illegible]

من المرضى أنهم قد تغلبوا على الأفكار السلبية بخصوص الجنس، ولكن مثل هذه التغيرات يُحتمل أن تكون مصطنعة، وتاركة بقايا وجدانية سلبية (انفعالية أو مستوى داخلى) مختبئة تحت شعور مظلى خفيف من نقص الإهتمام بالجنس. والغرض من مرحلة الوعى الوجدانى هو الدخول تحت هذه المظلة وجعل المريض واعياً بأنه ليس فقط غير مهتم على نحو طبيعى بالجنس، ولكن أن شيئاً ما يسد الدافع الجنسى البيولوجى العادى الذى لدى كل الناس.

والمرحلة الثانية من العلاج، **مرحلة الإستبصار**، تساعد المرضى على فهم السبب فى أن لديهم الإنفعالات السلبية المحددة فى مرحلة الوعى الوجدانى، ويتم استكشاف الرسائل السلبية من دينهم، وثقافتهم، وعلاقاتهم الحالية والماضية. ومن ناحية الحس تكون هذه الخطوة والخطوة السابقة تمهيديتين. ويلى ذلك العلاج الأكثر فاعلية .

وتحتضن المرحلة الثالثة من العلاج **التغير المعرفى والإنفعالى**. وفى هذه المرحلة، تُطبق التقنيات المعرفية على الأفكار والإنفعالات اللامنطقية التى تكف الرغبة الجنسية. يولد المرضى «تقارير المواجهة» التى تساعدهم على تغيير انفعالاتهم وأفكارهم السلبية. والتقارير النمطية يمكن أن تكون «إذا سمحت لنفسى بالإستمتاع بالجنس، فإنه لايعنى إنى سوف أفقد التحكم»، و«حينما كنت أصغر تعلمت أن أشعر بالذنب بخصوص الجنس، ولكنى راشداً الآن، وليس علىّ أن أشعر بتلك الطريقة أكثر من ذلك إطلاقاً» .

وتتكون المرحلة الرابعة - الخاصة بالعلاج من التدخلات السلوكية، وإنه فى هذه المرحلة التى تركز على إدراك الحواس يتم تقديم التدريب على المهارات، والإجراءات العلاجية العامة الأخرى للجنس، ويتم رفع الدافع الجنسى بعدد من الطرق: بجعل المرضى يسجلون على «دفتر [illegible]» يسجلون فيه الأفكار والمشاعر الجنسية، بجعلهم يقرأون كتباً ويشاهدون أفلاماً ذات محتوى مثير للشهوة، وتشجيعهم على تنمية تخيلاتهم الجنسية الخاصة، وتؤدى كل هذه النشاطات إلى أفكار وتمهيدات متاحة بسهولة أكثر للمريض. والوجدان الجنسى الذى يتكون من أحضان بسيطة، ولمسات ضاغطة ومعصريات خفيفة، ونشاطات مشتركة سارة كالرقص والمشى معاً تكون مشجعة كذلك، ومساعدة على تقوية مشاعر المتعة الحسية والإنجذاب الجنسى. وبالنسبة للكره الجنسى الناتج من إهانة جنسيــة أو تحرش فى الطفولة، تُستخدم إجراءات علاجية إضافية. تشجع المريض على تذكر الإغتصاب، والتحدث والتفكير بخصوص هذه الذكريات حتى لاتعد صدمية. وبإجراء آخر، يكتب المريض خطابات إلى المتحرش أو يعد حوار سخرية من «كرسى خال» مع المتحرش من أجل أن يعبر فى النهاية عن مشاعر الغضب الشديد والإغتصاب الذى وقع نتيجة العجز.

وخلال المرحلة المعرفية، يُشجع المرضى على عدم السماح للمن[illegible] أن يستمر فى إيذائهم بإعاقة حياتهم الجنسية الآن، ولكن فضلاً عن ذلك [illegible] القتال عن طريق استعادة الجنسية التى أخذت منهم عن طريق التحرش. [illegible] بحذر التركيز المدرك بالحواس حتى لاتنطلق إرتجاعات للإغتصاب [illegible] بالموقع، والسياق، والأعمال الجنسية .

ويبدو أن هذا النمط من البرنامج ناجح إلى حد معقول، ففى إحدى الدراسات الخاصة بهذا المنهج، زاد تكرار الجنس من مرة شهرياً إلى

أسبوعياً للرجال الذين خبروا رغبة جنسية قليلة النشاط، ومن مرة كل أسبوعين إلى أكثر من مرة أسبوعياً للمريضات. وزادت النساء اللاتى خبرن كراهية جنسية الجماع الجنسى من أقل من مرة كل أسبوعين إلى أكثر من مرة أسبوعياً (Schover & Lopiccolo, 1982)

الفشل الإنتصابى:

يتكون علاج الفشل الإنتصابى كذلك من تخفيض قلق الأداء وزيادة الإثارة، فخلال التركيز على الإدراك الحسى يتعلم الزوجان «تكنيك التعذيب»، الذى إذا حصل فيه على انتصاب استجابة لملاطفتها، يتوقفان حتى يفقده، وتعلمهما هذه الممارسة أن الإنتصابات تحدث طبيعياً استجابة للإثارة، طالما لايركز الزوجان على الأداء. وحينما يستعدان لاستئناف الجماع، يرقد الرجل على ظهره وتركع المرأة فوقه وتستخدم أصابعها لدفع قضيبه غير المنتصب فى فرجها، هذا الإجراء، المعروف «بتكنيك الحشو» يحرره من أن يكون عليه امتلاك قضيب جامد لإنجاز الدخول، ويوجه الزوجان إلى الحصول على هزة الجماع للمرأة خلال جنس يدوى أو فمى، ومرة ثانية يخفض الضغط على الذكر بأن يؤدى .

ويبدو أن هذه المجموعة من الإجراءات تنجح على نحو جيد فى حالات لايوجد فيها تلف عضوى شديد فى الإنتصاب. وغالباً مايشار بالتدخل البدنى، بالنسبة للرجال ذوى مشاكل بدنية رئيسية تحدد أو تعقد صعوبتهم مع الإنتصاب. فبالنسبة لهؤلاء الرجال يكون المجال الشائع هو إجراء جراحى خاص بإضافة قضيبية تنتج إنتصاباً صناعياً. وتتكون هذه الوسيلة من سنارة شبه جامدة من المطاط والسلك. يمكن أن تنحنى إلى أسفل وبذلك يستطيع الرجل

ارتداء ملابس عادية، ولكن تنحنى إلى أعلا لوضع انتصابى حينما يريد الرجل أن يمارس الجنس. ونمط آخر من إضافة قضيبية يتكون من اسطوانات مجوفة قابلة للتضخيم تدخل فى القضيب، ومستودع من سائل يوضع فى [illegible]

[illegible]

وحينما يريد الرجل أن يمارس الجنس يقوم بالضغط على المضخة [illegible] سائل من المستودع إلى الاسطوانات القضيبية، التى تمتد وتنتج إنتصاباً [illegible] وهذه الوسائل الإضافية التى تُجرى جراحياً غالية الثمن (بين ٥٠٠٠ [illegible] و ١٥٠٠٠ دولاراً، اعتماداً على النمط)، ولكن ركب أكثر من ٢٥٠٠٠ فى عام ١٩٨٨ فى الولايات المتحدة، وهذا النوع من العلاج غير شائع فى أى مكان آخر بالعالم، أساساً بسبب التكلفة (Lo Piccolo, 1991).

والمجال غير الجراحى للفشل الإنتصابى هو استخدام وسيلة انتصاب خوائية (VED) بُوضع اسطوانة مجوفة فوق التضيب وتدفع عكس الجسم [illegible] خاتم محكم الهواء. وتتصل الأسطوانة بمضخة يدوية، تضخ الهواء [illegible] الأسطوانة وتترك القضيب فى خواء جزئى. ويُسحب هذا الدم إلى القضيب وينتج انتصاباً، وتُزال الأسطونة وتوضع حلقة حول قاعدة القضيب [illegible] القضيب. وال VED أقل نفقة (٣٠ دولاراً إلى ٦٠٠ دولاراً) ولكنها [illegible] مع تلقائية الجنس، حيث لابد أن يأخذ الرجل وقتاً لإستخدامها أثناء الإتصال الجنسى. وتُستخدم الوسيلة الخوائية فى معظم الأحيان للرجال الذين يتسبب فشلهم الإنتصابى عن طريق مشاكل البول السكرى أو مشاكل عصبية. [illegible] أنها تعمل على نحو جيد لأولئك الرجال (...oni et al., 1992: Turner et al., 1991).

والجراحة الخوائية لإزالة الإنسدادات فى الشرايين، وتصليح التسربات فى الغرف القضيبية، أو فك الأوردة القضيبية الكبيرة على نحو متزايد تكون

نافعة كذلك فى بعض الحالات. وبالنسبة للرجال ذوى التلف العصبى ولكن نظام سليم للدورة الدموية، يكون الحقن بالعقاقير التى توسع الشرايين القضيبية نافعاً فى الغالب. و مالت العقاقير التى استخدمت سابقاً لهذا الغ[illegible]

ولهذا استُخدمت على نحو أكثر «كأداة لزيادة الثقة» قصيرة المدى للرجال ذوى الفشل الإنتصابى الموقفى (Bancroft, 1989). ومع ذلك، فإن العقاقير التى تُستخدم الآن لايبدو أن لهما هذا التأثير، وقد أصبح العلاج بالحقن شائعاً بالنسبة لعلاج طويل المدى للفشل الإنتصابى المؤسس عضوياً (Wagner & Kaplan, 1993).

القذف المبكر :

يعالج القذف المبكر بنجاح مائة فى المائة تقريباً عن طريق إجراءات تدريبية سلوكية مباشرة (Mastets & Johnson, 1970; Semans 1956). وفى الإجراء «توقف - إبدأ» أو «توقف»، يستثار القضيب يدوياً حتى يستثار الرجل بقدر مرتفع على نحو معقول. ويتأنى بعد ذلك الزوجان حتى تستقر استثارته، وتُستأنف بعد ذلك الإستثارة. ويتكرر هذا السياق مرات عديدة قبل حدوث الإستثارة بالقذف. وهكذا يخبر الرجل فى النهاية وقتاً كلياً أكثر بالاستثارة مما خبر من قبل ويتعلم أن يحصل على عتبة أعلى للقذف. وإجراء «الضغط» يشبه كثيراً إجراء التوقف - البدأ، ماعدا أنه عندما تتوقف الإثارة، تضغط المرأة بثبات على القضيب بين إبهامها وسبابتها، فى المكان حيث تلتحق رأس القضيب بالجذع. ويبدو أن هذا الضغط يخفض الاستثارة على نحو إضافى. وبعد أسابيع قليلة من التدريب تختفى ضرورة التوقف. وتتقدم الزوجان بعد ذلك بوضع القضيب فى الفرج، ولكن بدون أى حركات

قوية متواصلة. مرة ثانية، إذا أصبح الرجل مستثاراً بسرعة على نحو مرتفع، فإن القضيب يُسحب وينتظر الزوجان حتى تهبط الإستثارة. و[illegible] يتحقق احتمال جيد لبلوغ غير نشط للقضيب، يُكرر الإجراء التدريبى [illegible] اندفاع [illegible] ثلاثة شهور من الممارسة [illegible] تمتاع بجماع طويل المدى بدون أى حاجة إلى توقفات أو ضغوط .

قمع القذف :

يعالج اضطراب هزة الجماع للذكر بخفض قلق الأداء وضمان إستثارة كافية. ويُرشد الزوجان بأنه خلال الجنس يلاطف القضيب يدوياً (وفمياً إذا كان مقبولاً لهما) حتى يستثار الرجل، ولكن تتوقف تلك الإستثارة كلما شعر أنه قد يكون قريباً من الحصول على هزة جماع .

وهذا الإرشاد الذى يوحى بالتناقض يخفض القلق الخاص بالأداء ويخول للرجل الإستمتاع بالسرور الجنسى الذى تقدمه الملاطفة. وقد تستخدم الهزازة الجنسية لزيادة شدة الإستثارة. وبالنسبة للرجال المصابين بالتلف العصبى أو بتاريخ من التنازل، يُحتمل أن يشمل العلاج بعض العلاج الفسيولوجى، ومن الممكن، عقار يزيد الإستثارة للجهاز العصبى السمبثاوى أو استثارة الشرج بهزازة أو تيار كهربائى لإستثارة منعكس القذف (Murphy & Lipshultz. 1988) .

اختلالات الإستثارة وهزة الجماع لدى الأنثى :

تتضمن تقنيات علاج معين لإختلالات استثارة وهزة جماع الأنثى استكشاف الذات، والوعى بالجسم والتدريب الموجه على الإستمناء باليد (Heiman & Lo Piccola, 1988). وهذه الإجراءات نافعة بصفة خاصة

للنساء ذوات قصور عام طويل المدى خاص بهزة الجماع. وركز «ماسترز وجونسون» على استخدام إجراءات تركيز الزوجين المدرك بالحواس لكل حالة ولكن بينت الخبرة اللاحقة أنه من الأكثر فاعلية للمرأة أن تتعلم الحصول على هزة الجماع بنفسها فى البداية، وبعد ذلك تشارك هذه المعرفة مع شريكها .

ولبرنامج الإستمناء باليد الموجه تسع خطوات. **فى الخطوة الأولى،** تستخدم المرأة رسوماً بيانية وقراءة مادة ببساطة لتتعلم عن جسدها، وأعضائها التناسلية، واستجابة الأنثى الجنسية. **فى الخطوة الثانية،** تستكشف كل جسدها باللمس. وتتكون **الخطوة الثالثة** من تحديد المناطق الحساسة جنسياً، مع تركيز على الثديين والأعضاء التناسلية، بصفة خاصة البظر. وإثارة هذه المناطق، والإستمناء باليد، هى **الخطوة الرابعة. والخطوة الخامسة،** هى استمناء شهوى باليد مصحوب بصور جنسية، وقصص، وتخيلات المرأة الخاصة .

وللخطوة السادسة ثلاثة عناصر. الأولى، إذا لم تخبر المرأة حتى الآن هزة جماع، فإنها سوف تبدأ فى استخدام هزاز شهوى لزيادة شدة الإستثارة. الثانية، سوف توجه إلى أن تتظاهر بـ أو تلعب دور هزة جماع مبالغ فيها جداً، لتتغلب على أى مخاوف بخصوص فقد التحكم أو أن تبدو سازجة عندما تحصل على هزة جماع حقيقية. وفى النهاية، سوف تستخدم مثيرات «هزة الجماع»، مثل إمساك نفسها، وتقليص عضلات حوضها، وتوتر عضلات ساقها ودفع حوضها .

وتكامل **الخطوة السابعة** إجراء «ماسترز وجونسون» الخاص بالتركيز المدرك بالحواس مع التقدم الفردى للمرأة. ويعلمها هذا التدريب فى الإتصال والمهارة الجنسية أن توضح لشريكها كيف تحب أن تُلمس وكيف تستطيع الحصول على هزة الجماع. وفى الخطوة الثامنة يوصلها شريكها إلى هزة الجماع

بالإستثارة اليدوية. أو الفمية، أو الهزاز الجنسى. وفى الخطوة الأخيرة تمارس المرأة وشريكها الجماع الذى يسمح لأحدهما أو للآخر بالإستمرار فى إثارة بظرها بينما يكون القضيب فى المهبل .

وقد وجد أن هذا [illegible]

يتعلمن الحصول على هزة الجماع خلال الإستمناء باليد، وحوالى [illegible] خلال ملاطفة بواسطة شريكهن، وحوالى ٣٠٪ خلال الجماع (Heiman & Lo Piccolo, 1988) .

ولأنه برنامج بنائى، فإنه ينجح بقدر متساو على نحو [illegible] فى العلاج الجماعى، وحتى فى العلاج الذاتى: ويمكن أن تذهب المرأة خلال البرنامج بدون معالج، باستخدام كتاب للعلاج الذاتى وشريط فيديو إرشادى (Lo Piccolo, 1990).

ويشمل العلاج لنقص موقفى لهزة الجماع إجراءً تدريجياً بتعميم [illegible]، ومساعدة المرأة على توسيع النواحى التى تصل بها إلى هزة الجماع. وإذا استطاعت المرأة أن تستمنى باليد حتى تصل إلى هزة الجماع عندما تكون وحدها، على سبيل المثال، ولكن فقط بضغط وركيها معاً، ولاتستطيع أن تصل إلى هزة الجماع بأى طريقة عندما يكون شريكها موجوداً، [illegible] المعالج سوف يساعدها لتحديد عدد من الخطوات الصغيرة الوسيطة بين [illegible] التى تصل بها إلى هزة الجماع وهزة الجماع المرغوب فيها خلال الجنس [illegible] شريكها.

فى هذا المثال، قد تشمل خطوات وسيطة استخدام ضغط الوركين ولكن مع وضع أصابعها كذلك على بظرها، واستثارة مباشرة للبظر مع تباعد الوركين، وضغط مع وجود شريكها، وضغط الوركين مع أصابعه على بظرها، وإثارته المباشرة لبظرها بدون ضغط الوركين، واستثارة بظرية مباشرة أثناء إدخال القضيب (Zeiss et all, 977)، وهذا المجال فعال جداً فى مساعدة النساء على تعليم المرأة الوصول إلى هزة الجماع مع شريك (McCabe & Delaney, 1992) .

وكما رأينا من قبل، لايعتبر معالجى الجنس أن نقص هزة الجماع خلال الجماع أنها مشكلة بشرط أن تستمتع المرأة بالجماع ويمكن أن تصل إلى هزة الجماع حينما يلاطفها شريكها. ولهذا السبب، يشار إليه بالنسبة للنساء اللاتى يكون اهتمامهن قصور موقفى فقط لهزة الجماع خلال الجماع. وحينما يوافق معالجو الجنس على أن نقص هزة الجماع خلال الجماع ليس مشكلة، وتستمر الكتب والمجلات الشعبية فى اقتراح طرق للنساء لتحقيق هزة الجماع خلال الجماع (Elchel & Nabile, 1992) واقتراحهم لايبدو فعالاً دائماً رغم ذلك (Kaplan, 1992) .

التقلص التشنجى للمهبل :

تمارس المريضات ذوات التقلص التشنجى للمهبل تقلصاً واسترخاءً لجزء معين من قاع الحوض يحيط بالمهبل حتى يكن قد حصلن على تحكم اختيارى فوق عضلاتهن المهبلية. ويتغلبن على خوفهن من التغلغل باستخدام مجموعة من أدوات توسيع أكبر على نحو تدريجى التى يدخلنها فى مهبلهن الخاص بمنزلهن بسرعتهن الخاصة، وبذلك لايرتعبن أو يصدمن. وفيما بعد، عندما تستطيع المرأة أن تدخل أكبر أداة توسيعية، تبدأ فى توجيه شريكها وهو يدخل ببطء وبلطف أدوات التوسيع. وفى النهاية، وهو يرقد على نحو سلبى على

ظهره وتركع هى فوقه تدخل على نحو تدريجى قضيبه. ويركز المعالج على الحاجة إلى استثارة فعالة وبذلك تتعلم أن تربط التغلغل بتنزلق سهلبى، وسرور، واستثارة، بدلاً منه بخوف. ويستخدم بعض المعالجين عقاقير استرخاء العضلات أو [illegible]

والعلاج بالنسبة للتقلص التشنجى للمهبل ناجح على نحو مرتفع: [illegible] ٩٠٪ من النساء المعالجات يصبحن قادرات على الحصول على جماع خال من الألم (Beck, 199;Lo Piccolo, 1990).

علاج الجماع المؤلم :

لاتوجد إجراءات علاج محددة للجماع المؤلم ذى الأصل النفسى. وحيث أن الجماع المؤلم ذا الأصل النفسى يتسبب فى الواقع عن طريق نقص الإستثارة، فإن الإجراءات العامة لعلاج الجنس والتقنيات المحددة تُستخدم لزيادة الاستثارة وهزة الجماع (Quevillon, 1993). وحينما يكون الألم نتيجة ندبات أو آفة، فإن الزوجين يمكن أن يتعلما أوضاعاً للجماع لاتضع ضغطاً على المواقع التى تؤلم. وحيث أن حالات كثيرة من الجماع المؤلم تنتج عن طريق مشاكل بدنية غير مشخصة، فإن فحصاً بواسطة طبيب اختصاصى فى أمراض النساء يكون ضرورياً (Reid & Lininger, 1993) .

ثانيا: العلاج السلوكى للمساحقات والمستهترين

Behavior Therapy With Lesbian and Gay Individuals

مقدمة

يعمل كل مهنيى الصحة النفسية مع العملاء من المساحقات والمستهترين. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الرجال المستهترين والمساحقات يكونوا أقلية دالة من المجتمع، يقدرون عادة بـ ١٠٪. ويوجد على نحو التقريب كثير من الرجال المستهترين فى الولايات المتحدة كما يوجد أمريكيون أفريقيون، نصفهم مرة ثانية لاتينيون، وأكثر من ثلاثة أضعاف من اليهود (Kirk & Madsen, 1989). ولذلك، فمن المهم أن يعرف المعالجون السلوكيون كيف يطبقوا مهاراتهم بطريقة تكون فعالة ونافعة مع ١٠٪ من عملائهم الذين يكونوا مساحقات أو مستهترين.

ويستقر محور هذا الفصل بوضوح عند تفاعل العلم والقيم. ولاحظ سيجال (Segal, 1982: 2)، مع أن الطبيعة غير شخصية، فإن البيانات قد تكون لاشخصية، فالعلم غير شخصى، وليس خالياً من القيمة. والعلم مشروع إنسانى يقوم به أشخاص حقيقيون». والعلاج، أيضاً، يتأثر دائماً بالقيم التى تقوم على القرينة الذى يحدث فيها. على سبيل المثال، نظر الإكلينيكيون خلال القرن التاسع عشر أن الحرية أدت إلى المرض النفسى للأمريكيين الإفريقيين. وجادل أحد أطباء القرن التاسع عشر بالنسبة لوجود صورة من المرض النفسى تُسمى «نذالة»، كانت الأعراض هى تدمير ملكية الزرع، وإعادة الحديث، ومقاتلة السادة، ورفض العمل (Landrine 1988). وهذا مثال واضح لكيف يصبح السلوك الوقائى للذات والتكيفى مرضياً حينما لاينسق مع

التحيزات الاجتماعية الموجودة. ومواجهة السلوك المستبد لأعضاء الثقافة السائدة الأمريكيين الإفريقيين (أو أى مجموعة أخرى محرومة من حقوق شرعية) تصبح تافهة بتطبيق تسمية خاصة بعلم النفس المرضى .

وتستمر القرائن الاجتماعية والثقافية فى التأثير على [illegible] من اختيارنا للأهداف والتقنيات، عملنا تقريرات غالباً على نحو غير مقصود، عن كيف يجب أن يقود الناس حياتهم» (Davison, 1991: 199)، والطرق التى يُنظر فيها إلى المساحقات والرجال المستهترين ويعالجوا فى هذه الدولة، والمجادلات فوق تلك الآراء والسلوكيات، تنعكس مباشرة فى كتابات الصحة النفسية بصفة عامة والكتابات السلوكية بصفة خاصة، على مدى الأربعين سنة الماضية. والغرض الأساسى من هذا الفصل هو تقديم معلومات نافعة للمعالجين وإطار بالنسبة لتناول قضايا إكلينيكية قاصرة على الرجال المستهترين والنساء المساحقات. وقد تغيرت الكتابات على هذا المحور على نحو درامى ولاتزال تتطور.

صياغة وعلاج الحالة :

الغرض من هذا القسم هو وصف الإحتياجات الإكلينيكية الفريدة للنساء المساحقات والرجال المستهترين لإقتراح إطار تصورى للتحليل الوظيفى وصياغة حالة معينة لتلك الإحتياجات، واقتراح طرق يستطيع بها المعالجون السلوكيون مواجهة الإحتياجات. وفى حين أن العملاء من الرجال المستهترين والنساء المساحقات غالباً مايتقدمون بشكاوى مماثلة للشكاوى المقدمة من العملاء ذوى الجنسية الغيرية (على سبيل المثال، الاكتئاب، القلق)، فإن أصل تلك الشكاوى قد تكون: جزئياً على الأقل، منغمسة فيما يلى :

١ - قضايا بارزة: أى، قضايا حول تحديد الذات كرجال مستهترين أو نساء مساحقات للذات، والأصدقاء، وزملاء العمل، والأقارب .

٢ - مخافة مثلية مدمجة: اعتقادات وأفكار خاصة بالنساء المساحقات أو [illegible]

٣ - مخافة مثلية خارجية: استجابات العميل لتعبيرات خارجية خاصة بقيم سلبية عن الرجال المستهترين والنساء المساحقات (على سبيل المثال، استهجان لفظى، وتمييز وظيفى، وسخرية لفظية، وعنف بدنى) من الأصدقاء، والأقارب، ورفاق العمل، والجمهور العام .

٤ - الأداء الاجتماعى والجنسى للنساء المساحقات أو الرجال المستهترين: نقص المهارات فى مقابلة، وتكيف اجتماعى مع، ومواعدة أعضاء من نفس النوع، ونقص أو عدم تصحيح معرفة خاصة بالأداء الجنسى، ومخافة شهوانية تعمل كميكانيزم للبقاء .

٥ - شؤون العلاقات: كيفية خلق علاقات ناجحة، وكيفية مواجهة مشاكل قاصرة على أزواج من نفس النوع، وكيفية الحفاظ على أزواج من نفس النوع، وكيفية الحفاظ على علاقة فى غياب مساندة أو مؤازة اجتماعية (Brown, 1988).

وسوف تشمل صياغة شاملة للحالة لرجل مستهتر أو امرأة مساحقة من العملاء الأخذ فى الإعتبار لهذه القضايا والقرائن التى تنشأ فيها، بالإضافة إلى اعتبار السلالة، والطبقة، والثقافة، والعرقية، والنوع، والعمر، وكل الأسئلة المعيارية التى تُسأل خلال صياغة الحالة لأى عميل تكون أساسية، ومجالنا لصياغة الحالة قد كان متأثراً بشدة بنموذج راينوتر (Rainwater, 1989)، الذى حدد التحليلات الثقافية، والمؤسساتية، والبينشخصية والشخصية الداخلية كأساسية لتحليل وظيفى شامل .

وفى أحد النصوص الأولى على التحليل والعلاج السلوكيين مع الس...،
لاحظ بليتشمان (Blechman, 1984) أنه بينما قد تحدث نفس الميكا...ات
الأساسية للسلوك فى كلا النوعين، فإن تلك الميكانيزمات «تعمل فى ...تين
اجتماعيتين مختلفتين، إحداهما ذكر، والأخرى أنثى». ، بالمثا...
...دى السلوك بصرف النظر عن التوجه الجنسى، فإن عملاءنا من ...
المساحقات والرجال المستهترين يعاملا على نحو مختلف بواسطة العا...ى
يعيشان فيه مما يكون نظرائهم ذوى الجنسية الغيرية. وقد يخبرون العالم على
نحو مختلف جداً. «حينما يعالج معالجون مستقيمون الرجال المستهترين
والنساء المساحقات، فإنهم غالباً مايتجاهلون أو يقللون من تقدير فجوة الخبرة
التى تفصل المعالج والعميل» (Marowitz. 1991: 28). وأحد أغراض هذا
الفصل، هو مساعدة المعالجين السلوكيين، بصفة خاصة المعالجين السلوكيين ذوى
الجنسية الغيرية على الإنتباه إلى المتغيرات السياقية المتعلقة بعملائهم من
النساء المساحقات والرجال المستهترين .

أ - المتغيرات السياقية الثقافية والمؤسساتية :

مقدمتنا الأساسية هى أن الرجال المستهترين والنساء المساحقات ذات
القضايا الإكلينيكية الفريدة القادمين فى العلاج هم النتيجة المباشرة للتسمية
السلبية الموضوعة على توجههم الجنسى عن طريق الثقافة السائدة فى
الدولة. والثقافة هى «المجموع الكلى للنماذج السلوكية المنقولة إجتم...
والفنون، والإعتقادات، والمؤسسات، وكل المنتجات الخاصة بالعمل الإن...
وميزة التفكير للمجتمع المحلى أو المجتمع العام» (Morris, 1979). وإحدى
المميزات الدالة للثقافة السائدة فى الولايات المتحدة هى أن الجنسية الغيرية ...
تقييمها بشكل إيجابى. والزواج ذو الجنسية الغيرية والحمل وتربية الأطـ...

يُشجع فى الأسر ذات الجنسية الغيرية. وتُحبط بشدة علاقات النساء المساحقات
والرجال المستهترين وتربية الأطفال. وعادة مايوصف الرجال المستهترين والنساء
المساحات على نحو سلبى فى السينما، والمسرح ...
المحببه. والقولبيات السائدة، والأساطير الزائفة تؤيد على نحو منتظم. وفيما
يلى بعض تلك الأساطير والقولبيات :

- يصبح الناس نساء مساحقات ورجال مستهترون بكونهم «مجندين» .
- جميع الرجال المستهترين مصففوا شعر على نحو أنيق ومزخرفون داخليون .
- جميع النساء المساحقات يكرهن الرجال، وجميع الرجال المستهترين والنساء المساحقات محبين للأطفال .
- النساء المساحقات والرجال المستهترون قاتلون منحرفون .
- كل الرجال المستهترين والنساء المساحقات لديهم الإيدز .
- ترتدى كل المساحقات ملابس جلدية ويركبن عجلات بخارية .
- يتقابل الرجال المستهترون والنساء المساحقات فى إضاءة خافتة وبارات رديئة السمعة .
- النساء المساحقات والرجال المستهترون يشبون منعزلون متقدمون فى العمر .
- كل الرجال المستهترون والنساء المساحقات يرتكبون الإنتحار فى نهاية الأمر .

ونادراً مايناقش التوجه الجنسى لنفس النوع بصراحة، ويتعلم الأطفال فى
عمر مبكر استخدام مواصفات محملة على نحو سلبى للرجال المستهترين
والنساء المساحقات كإهانات .

والمؤسسات هى أبنية تغرس قيم ثقافية وأهداف. ويؤكد لقاء كل النساء المساحقات والرجال المستهترين تقريباً القيم الثقافية الموجبة الموضوعة على الجنسية الغيرية والقيم السلبية الموضوعة على التوجه نحو نفس النوع.

[illegible]

الشرطة العسكرية، على نحو التقريب كل المؤسسات الروحية والدينية، ومعظم أماكن الإستخدام، ومعظم المدارس، وفى الواقع كل المؤسسات المالية .

والزواج كمؤسسة قد كان على نحو استثنائى جنس غيرى ويُدعم بواسطة معظم المؤسسات الأخرى فى الدولة. إنه يعطى للزوجين المتزوجين [illegible] اجتماعياً رفيعاً وكذلك مكافآت مالية سخية. والرسالة الثقافية الواضحة هى أن الأزواج طويلى المدى تُعطى لهم قيمة، ولكن فقط إذا كانوا ذوى جنسية غيرية. وليس للأزواج من الرجال المستهترين والنساء المساحقات مدخلاً [illegible] من المنافع المالية، والقانونية، أو الاجتماعية المتاحة للأزواج ذوى الجنسية الغيرية وليس لهم طرق معترف بها على نطاق واسع خاصة بخلق، والإبقاء على، أو تبديد علاقات حميمة. ويُنكر على النساء المساحقات والرجال المستهترين الإعتراف الرسمى بطبيعة فقدهم حينما يموت شريك؛ وإذا ماذكر الشريك فى نعى إحدى الجرائد، فغالباً مايكون فى نهاية أقارب الدم. وإذا كان [illegible] فى الإعتبار هو الإعتراف والمساندة المحدودين، فليس من المدهش أن [illegible] المرأة المساحقة والرجل المستهتر تميل إلى أن تكون أقصر فى المدة من [illegible] ذوى الجنسية الغيرية (Blumstein & Schwart, 1983) .

وللحكومة وسائل مشروعة متنوعة لنقل رسائل ثقافية عن [illegible] المستهترين والنساء المساحقات. على سبيل المثال، قوانين اللواط التى تحظر الجنس الشرجى والفمية اللواطية غالباً ماتدعم انتقائياً فقط ضد الأزواج من

نفس النوع. وحتى ١٩٦١، كان للخمسين ولاية قوانين ضد لواطية، ويُمنع اللواط حالياً بين أى راشدين فى ١٧ ولاية ويُمنع فقط عند ممارسته بواسطة أزواج من نفس النوع فى خمس ولايات (قوانين اللواط، ولاية بولاية، [illegible] فى جميع الولايات من التمييز القائم على التوجه الجنسى فى ٤٣ من الـ ٥٠ولاية فى الولايات المتحدة .

وقد وصفت من قبل المساهمة التى قامت بها مهن الصحة النفسية للإبقاء على الآراء السلبية الخاصة بالرجال المستهترين والنساء المساحقات. وفى حين أن الإفتراض بأن التوجه الجنس لنفس النوع مرضى على نحو وراثى لم يعد مقرراً رسمياً، فإن التحيز ضد النساء المساحقات والرجال المستهترين لازال شائعاً (اللجنة الخاصة بشئون النساء المساحقات والرجال المستهترين، ١٩٩١م. ووجد جارفينكل ومورين (Garfinkle & Morin, 1978)، على سبيل المثال، أن المعالجين النفسيين قدروا نفس عميل العلاج الإفتراضى على نحو مختلف إعتماداً على التوجه الجنسى للعميل، مع كل من العملاء من الرجال المستهترين والنساء المساحقات مقدرين باعتبارهم أقل سواء نفسياً من نظرائهم ذوى الجنسية الغيرية .

ب - التقييم وصياغة الحالة :

١ - تشكل القرينة الثقافية والمؤسساتية سابقاً البيئات التى تعمل فى نطاقها النساء المساحقات والرجال المستهترين من العملاء. ومع ذلك، تتنوع تأثيرات ذلك السياق بين الأفراد، وفرضنا هو أن كثافة، وتكرار، وفترة التعرض للتعبيرات الثقافية، المؤسساتية، والبينشخصية للقيم السلبية التى تخبرها النساء المساحقات والرجال المستهترون تتعلق

مباشرة بنمط وشدة المشاكل الإكلينيكية مثل المخافة المثلية المدمجة. على سبيل المثال. الرجال المستهترون والنساء المساحقات الذين نشأوا في أسر حيث يوجد انغماس في وإلتزام بآراء سلبية صارمة تحتقر الذين تحص النساء المساحقات والرجال المستهترين (أي، [illegible] معذبين بالحرق في جهنم) يبدو أن لديهم مخافة مثلية أكثر من أولئك الذين نشأوا في تقاليد روحية بآراء سلبية معتنقة أقل جموداً. ولا [illegible] على نحو التقريب بيانات كثيرة بخصوص هذه الفروض كما نحتاج، ولكن البيانات التي توجد تتسق مع فرضنا. ووجد شنيدر وزملاؤه (Schneider et al., 1989)، على سبيل المثال، أن الرجال المستهترين الذين قد كانوا انتحاريين كانوا أكثر رفضاً للمساندات الاجتماعية، وكانوا أكثر اختلاء، ويعتمدون أكثر على رفض المساندات الاجتماعية من الرجال المستهترين الذين قد كانوا غير انتحاريين .

والتفاعل بين التعرض لقيم ثقافية سلبية وأنظمة الإعتقاد [illegible] للعميل يكون كذلك هاماً. والنساء والرجال الذين ينظرون إلى أنفسهم [illegible] الوطنية والذين يلتحقون بفرع من الشرطة العسكرية يكونوا في مخاطر [illegible] المعاناة النفسية خلال التعرض لأعمال خاصة بمخافة مثلية تتعلق [illegible] العسكرية (على سبيل المثال، خبرة أو ملاحظة إطلاق سراح لاإرادى، يقوم [illegible] على التوجه الجنسي، أو غير ذلك انتماء ناجح لهيئة الشرطة العسكرية (Salholz et al., 1992).

ويبدو أن القيم المنقولة بواسطة أسرة العميل الخاصة بالنشأة تلعب دوراً هاماً في خلق المخافة المثلية المدمجة. وقد تشمل هذه القيم العقاب الديني

اهتمام هائل بخصوص ماسوف يفكر فيه الآخرون إذا ماوجد عضو بالأسرة كامرأة مساحقة أو رجل مستهتر وتخفيض قيمة علاقات نفس النوع، والتعبير عن الإشمئزاز، والرفض .

وإذا كان العميل عضوا في ثقافة عرقية تختلف عن ثقافة الأغلبية، فإن صياغة شاملة للحالة يجب أن تأخذ في الإعتبار القيم التي تحملها ثقافة الأقلية عن التوجه الجنسي إلى نفس النوع وكذلك القيم التي تحملها ثقافة الأغلبية. وتكون احتمالية العزلة والتمييز المتزايد ذات إهتمام خاص لعميل يبرز كرجل مستهتر أو إمرأة مساحقة ويشعر عندئذ بأنه غير مرحب به في ثقافته الأصلية بسبب التوجه الجنسي وغير مرحب به في مجتمعات النساء المساحقات والرجال المستهترين بسبب السلالة (Lukes - & Land, 1990) وقد يحدث شكل آخر من العزلة حينما يقرر الأفراد البقاء مختبئين لتجنب النبذ في ثقافاتهم الأصلية ومجتمعات الرجال المستهترين والنساء المساحقات .

واعتبار إضافي هو إذا كان يوجد أو قد كان يوجد أحداث حالية تتعلق بالتوجه الجنسي التي تؤثر في حياة العميل. والمثال المعروف جيداً هو وباء الإيدز. وتقرر مراكز التحكم في المرض (١٩٩٢) مجموعاً تراكمياً يبلغ ٢٠٩١٧١ راشداً ومراهقاً منذ بدء تجميع البيانات، من هؤلاء، ٦٤٪ رجال لهم علاقة جنسية مع رجال آخرين. وبالنسبة للراشدين والمراهقين بعد أكثر من سنتين من التشخيص، يكون معدل الإهلاكية أكثر من ٥٠٪، وبالنسبة لأولئك بعد التشخيص بأكثر من أربع سنوات، يكون معدل إهلاكية الحالات أكثر من ٨٠٪. وعواقب الوباء بالنسبة للرجال المستهترين والنساء المساحقات يكون غامراً؛ وفقد معظم الرجال عشرات الأصدقاء والمعارف. والموقف مماثل

للمساحقات اللاتى يتفاعلن بانتظام مع الرجال المستهترين. وبالرغم من أنه توجد هستريا عامة أقل نوعاً ما منها فى منتصف الثمانينات، فإن ... العام للوباء لازال خاص مخافة مثلية على نحو سائد. على سبيل المثال [illegible] اجتماعية فقط إذا لم يكونوا رجالاً مستهترين. وهذا مجحف وقاصر ... التوجه الجنسى بوضوح؛ والناس الذين ينغمسون فى سلوكيات مهددة ... مثل التدخين غير معاقبين بالمثل.

ومن المهم للمعالج أن يوجه أسئلة معينة عن انغماس العميل مع ناس مصابين بالإيدز - أسئلة مثل كم من المحبين والأصدقاء ماتوا أو مرضى حالياً، ومدى إنغماس العميل فى عمل، مدفوع أو متطوع، مع ناس مصابين بالإيدز ... هناك حاجة إلى أسئلة معينة لأن كثيراً من الرجال المستهترين والنساء المساحقات قد أصبحوا معتادين لسنوات الحياة وسط الوباء وقد لايكون ... وعى بكيف أثر فيهم نفسياً .

ومثل آخر لحدث حال قد يؤثر على نحو دال فى النساء المساحقات والرجال المستهترين وقع فى «كلرادو»، فى انتخاب نوفمبر ١٩٩٢ مرر ... لدستور الولاية يشرع التمييز ضد الرجال المستهترين والنساء المساحقات ... كلورادو، ولايستأصل التعديل كل حماية الحقوق المدنية الموجودة للنساء المساحقات والرجال المستهترين فى كلورادو فقط بل كذلك يمنع أى تشريع مستقبلى مصمم لحماية الحقوق المدنية الأساسية القائمة على التوجه الجنسى. وقد زاد تكرار وشدة السخرية والإهانات من الرجال المستهترين والنساء المساحقات على نحو درامى منذ مرور هذا التعديل. وفى حين أنه تم تسرب جرائم كراهية لمركز مجتمع الرجال المستهترين والنساء المساحقات فى كلورادو

بمتوسط ١١ شهرياً بالنسبة للشهور التسعة الأولى من ١٩٩٢ (Costrone 1992) فقد تم تقرير ٤٥ فى نوفمبر من تلك السنة (اس. أندرسون، الإتصال الشخصى، ١١ ديسمبر، ١٩٩٢). وبدون شك سوف يوجد تأثير عميق على الصحة النفسية للنساء المساحقات والرجال المستهترين كنتيجة لمرور التعديل.

ويجب أن يشمل التعديل القرينى كذلك أسئلة عن انغماس العميل، فى ثقافات الرجال المستهترين والنساء المساحقات. وتوجد إمكانات عديدة، بصفة خاصة، فى مناطق عاصمية (على سبيل المثال، قراءة الكتابات التوكيدية، والحصول على أصدقاء من النساء المساحقات والرجال المستهترين، والذهاب إلى مناسبات اجتماعية مثل الحفلات الإجتماعية والحفلات الموسيقية، والتطوع، والإنتماء للنوادى، والعمل السياسى، ومناصرة متاجر كتب الرجال المستهترين والنساء المساحقات، والذهاب إلى بارات الرجال المستهترين والنساء المساحقات، وهذا لمجرد تسمية القليل) .

وهذه المعلومات هامة للمعالج لأنها تشير إلى ماإذا كان للعميل نماذج إيجابية وتدعيم متاح وكذلك أماكن للذهاب إليها تكون آمنة بالنسبة لتوجههم الجنسى. إن نماذجاً إيجابية قليلة تكون متاحة خارج مجتمع النساء المساحقات والرجال المستهترين، ولأنه لازال من السهل فصلك أو مقاضاتك إذا اعترفت علناً بتوجهك الجنسى الخاص بنفس النوع. وأقصى مايفقده الناس (على سبيل المثال، الدخل، الهيبة، أو المركز) هو غالباً الأقصى عزلة .

وتلخيصاً، أن أحد أشكال التقييم الشامل مع المرأة المساحقة أو الرجل المستهتر من العملاء هو اعتبار الرسائل الخاصة بالتوجه الجنسى المنقول بالقرائن الثقافية والمؤسساتية التى ساهمت فى الإهتمامات الحالية للعميل .

٢ - تقييم المتغيرات البينشخصية والشخصية الداخلية للعميل:

إن أحد أهم المهام التطورية الفريدة للرجال المستهترين والنساء المساحقات هى تشييد عملية اتخاذ - قرار ملائمة بالنسبة لإفشا[illegible] جنسى [illegible] (1988 [illegible]RCK) [illegible]

ويجب أن يشمل تقييم كامل لامرأة مساحقة أو رجل مستهتر من العملاء تقييم مهارات عند مواجهة مواقف بينشخصية معقدة وخطيرة على نحو كامن خاصة بالتوجه الجنسى. وتشمل هذه ولكنها غير قاصرة على المهارات فى البروز كرجل مستهتر أو امرأة مساحقة للذات، وللأصدقاء، وللأسرة، ولزملاء العمل وكذلك القدرة على الإستجابة لأسئلة من غرباء أو معارف عرضيين عن وضع العلاقة، والوضع الزواجى، وموقف حياتى. ويجب أن يسأل التقييم كذلك عن ماإذا كان العميل يملك المهارات التى يحتاج إليها للعمل بفاعلية فى المواقف الاجتماعية للرجل المستهتر والمرأة المساحقة. إن معظم التنشئة الاجتماعية الخاصة بالجنسية الغيرية لم تعلم النساء المساحقات والرجال المستهترين المهارات المطلوبة. قد تحتاج المساحقات، على سبيل المثال، أن يتعلمن المبادرة بصداقات غير جنسية مع نساء أخريات، ومنفصلة عن المواعدة، ومهارة غير مؤكدة فى العادة بالنسبة لنساء فى هذا المجتمع.

وتقييم اعتقادات واتجاهات العميل بخصوص كونه رجلاً مستهتراً أو امرأة مساحقة يعتبر هاماً، وقد يشترك العميل، إلى حد أكبر أو أقل فى أى من الإعتقادات المقيّمة على نحو سلبى بخصوص الرجال المستهترين والمساحقات التى نتعلمها جميعاً. وغالباً ماتتداخل مثل هذه الإعتقادات مع الأداء الفعال. والناس الذين يعتقدون أنه مقدر عليهم أن يكونوا منعزلين فى العمر المتقدم بسبب توجههم الجنسى، على سبيل المثال، قد يكونوا مكتئبين جداً.

٣ - اختيار أهداف العلاج :

يضع اختيار أهداف العلاج تحدياً خاصاً بالنسبة للمعالج الذى يعمل مع رجل مستهتر أو امرأة مساحقة من العملاء [illegible]

[illegible] لدى فرد ذى جنسية غيرية يمكن أن تكون وظيفية بالنسبة للنساء المساحقات والرجال المستهترين. والسلوكيات البارانوية، والقلقة، والتى تتسم بالشك، على سبيل المثال، غالباً ماتكون مهارات وظيفية للبقاء بالنسبة للرجال المستهترين والنساء المساحقات. ويواجه أعضاء القوات المسلحة، والذين الرجال المستهترين والنساء المساحقات (الذين قد يستخدم أقرانهم السابقون معلومات خاصة بالتوجه الجنسى فى معركة الرعاية)، والنساء المساحقات والرجال المستهترون المستخدمون فى رعاية الأطفال، والتعليم، والمهن الأخرى التى تتضمن إتصالاً بالأطفال لها مخاطرة دالة؛ واستجابة قلقة لهذه المخاطرة قد تكون تكيفية تماماً .

وبالمثل، فإن المخافة الجنسية قد تصلح لحماية الفرد من عواقب خارجية سلبية مثل فقد الإستخدام أو من مواجهة كافة المثلية المدمجة، وكلما زاد احتمال الخطر الخارجى أو كلما زادت شدة المخافة المثلية المدمجة، كلما قد تكون أكثر وظيفية لتجنب أن تصبح مثيرة جنسياً. وذلك هو السبب فى أن المخافة الجنسية يجب أن لاتفترض دليلاً بأن العميل جنسى غيرى حقيقة .

والطريقة الأخرى التى يفترض فيها المعالجون أحياناً على نحو خاطئ أن العميل ليس متوجهاً نحو نفس النوع هو بخلط القدرة على استثارة جنسية غيرية بتوجه جنسى غيرى على نحو سائد. ويُحدّد كثير من الأفراد باعتبارهم فى الأساس جنسيين غيريين ولكن لديهم أفكار شهوية عرضية أو تفاعل جنسى واقعى مع أعضاء من نفس النوع. والعكس صحيح بالنسبة لكثير من الناس الذين يُحدّدون كإمرأة مساحقة أو رجل مستهتر .

جـ - العلاج :

لاحظنا من قبل أنه توجد أبحاث قليلة متاحة على الإستخدام [illegible] للعلاج السلوكى مع الرجال المستهترين والنساء المساحقات. وتتضمن [illegible] الحالية، لذلك، تطبيق العلاجات السلوكية المبتكرة لأغراض أخ[illegible] [illegible] الإختيار الواضح للعمل على الإعتقادات السلبية والأفكار السلبية [illegible] بالمرأة المساحقة أو الرجل المستهتر (Padesky, 1989).

ويمكن استخدام إجراءات التدريب على المهارات الإجتماعية والتدعيمية، مثل تعليمات مباشرة، والتدريب، والتغذية الراجعة، والواجب المنزلى لعلاج نواحى القصور فى المهارات الإجتماعية (Hunter &Kelso, 1983; Mc Kinlay et al. 1977).

والتطعيم ضد الضغط قد يكون ذا مساعدة لأولئك الذين يحتاجون إلى مهارات فى مواجهة ضغط الحياة فى مجتمع يقلل من قيمتهم ويميز ضدهم (Hanter & Kelso. 1983) . وإجراءات العلاج الجنسى يمكن أن تتكيف بسهولة(على سبيل المثال، Louland, 1984, Wilensky & Mgers 1987)، والتدخلات عن طريق العلاج بالكتب السماوية والتربية النفسية تكون نافعة للعملاء الذين ليس لديهم معلومات دقيقة أو عملية. وغالباً مايشار إلى المصادر والمساعدة فى دخول ثقافات النساء المساحقات والرجال المستهترين أحياناً بالإشتراك مع علاجات تخفيض القلق. وكلما زادت عزلة العميل، كلما زادت أهمية مساعدة الشخص على عمل اتصال بالمساعدات الاجتماعية والنماذج الصحية. وتكون المعلومات فى بعض الأحيان هى كل مايحتاج إليه، بينما فى أوقات أخرى تكون عملية تشكيل معقدة مطلوبة (على سبيل المثال، إبدأ بالقراءات أو العروض المرئية، وبعد ذلك قم بزيارة مركز للمعلومات، وبعد ذلك إتصل بمجموعة غير مهددة مثل والدىّ وأصدقاء النساء المساحقات والرجال المستهترين) .

مراجع الفصل الحادى عشر :

1- Aloni, R., Heller, L., & Ofer, O. (1992). Nonivasive treatment for erectile dysfunction in the neurogenically [illegible] 243-249.

2- Bancroft, J. (1989). Human sexuality and its problems. New York: Churchill-Livingstone.

3- Beck, A. (1993). Cognitive approaches to stress. In P. Lehrer & R. Woolfolk (Eds.), Principles and Practice of stress Management (2nd ed.). New York: Guilford.

4- Bergler, E. (1951). Neurotic counterfeit sex. New York: Grune & Stratton.

5- Blechman, A. (1984). Behavior modification with women. New York: Guilford Press.

6- Blumstein, P., & Schwartz, P. (1983). American couples. New York: Morrow.

7- Brown, L. (1988). Feminist therapy with lesbian and gay men. In M. Dutton-Douglas & L. Walker (Eds.), Feminist psychotherapies: Integration of therapeutic and feminist systems (PP. 206-

227). Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.

8- Centers for Disease Control. (1992, February). HIV/AIDS surveillance. [illegible]

9- Committee on Lesbian and Gay Concems (1990). Bias in psychotherapy with lesbians and gay men. Washington, DC: American Psychological Association.

10- Davison, G. (1991). The shaping of behavior therapy: Reflections on my AABT presidency. The Behavior Therapist, 14, 198-200.

11- Eichel, E., & Nobile, P. (1992). The perfect fit: How to achieve mutual fulfillment and monogamous passion through the new intercorse. New York: Fine.

12- Garfinkle,E., & Morin, S. (1978). Psychologist attitudes toward homosexual psychotherapy clients. Journal of Social Issues, 34, 101-112.

13- Gonsiorek, J. (1988). Mental health issues of gay and lesbian adolescents. Journal of Adolescent Health care, 9, 114- 122.

14- Heiman, J., & Lopiccolo, J. (1988). Becoming orgasmic: A personal and sexual growth program from women. New York: Prentic Hall.

15- Heiman, J., Lopiccolo, J., [illegible] of sexual dysfunction. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel.

16- Hunter, P., & Kelso, E. (1983 December). Stress inoculation as a component of assertiveness training for gay and lesbian clints. Poster presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy, 7th Annual Convention & World Congress on Behavior Therapy,Washington, DC.

17- Hunter, R., & MacAlpine, I. (1963). Three hundred years of psychiatry. Oxford: Oxford Up.

18- Kaplan, H. (1992). Does the CAT techique enhance female orgasm? Journal of Sex and Marital Therapy, 18 (4), 285- 291.

19- Kirk, M., & Madsen, H. (1989). After the ball: How American will conquer its fear & hatred of gays in the 90's. New York: Plume.

20- Landrine, H. (1988). Revising the framework of abnormal psychology. In P. Bronstein & K. Quina (Eds.) Teaching a psychology of people (PP. 37- 64). [illegible] Association.

21- Lazarus, A. (1965). The treatment of a sexually inadequate man. In L. Ullman & L. Krasner (Eds.), Case studies in behavior modifification. New York: Holt, Rinehart & Winston.

22- Lopiccolo, J. (1990). Treatment of sexual dysfunction. In A. Bellak, M. Hersen (Eds.), Inter. Handbook of behavior modification and therapy (2nd ed.). New York: Plenum.

23- LoPiccolo, J. (1991). Post-modern sex therapy for erectile failuer. In R. Rosen & S. Leiblum (Eds.), Erectile failuer: diagnosis and treatment. New York: Guilford.

24- LoPiccolo, J., Heiman, J., & Hogan, D. (1985). Effectiveness of single therapists versus co-therapy treams in sex therapy. J. Cons. Clin. Psychol., 53(3), 287- 294.

25- Loulan, J. (1984). Lesbian sex. San Francisco: Spinstres/ Aunt Lute.

26- Lukes, C, & Land, H. 91990). Biculturality and [illegible] 35 155 161

27- Markowitz, L. (1991). Homosexuality: Are we still in the dark? The Family Therapy Networker, 27- 35.

28- Masters, W., & Johnson, V. (1970). Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown.

29- McCabe, P., & Delany, S. (1992). An evaluation of therapeutic programs for the treatment of secondary inorgasmia in women. Archives of Sexual Behavior, 21(1), 69- 89.

30- Morris, W. (Ed.). (1979). American heritage dictionary, new college edition. Boston: Houghton Mifflin.

31- Murphy, J., & Lipshultz, L. (1988). Infertility in the paraplegic male. In E. Tanagho., & T. Lue (Eds.), Contemporary management of impotence and infertility. Baltimore: Williams & Wilkins.

32- Padesky, C. (1989). Attaining and maintaining positive lesbian self-identity: A cognitive therapy approach. Women & Therapy, 8, 145- 156.

33- Quevillon, R. (1993). Vaginismus. In W. O'Donohue & J. Geer (Eds.), Handbook of sexual dysfunctions. Boston: Allyn and Bacon.

34- Rainwater, N. (1989). An expanded conceptual model for behavior therapists. In G. Bernstein (Chair), Behavior therapy with women: Contemporary issues and application. Symosium presented at the meeting of the Colorado Society for Behavior Analysis and Therapy, Denver, Co.

35- Reid, R., & Lininger, T. (1993). Sexual pain disorders in the female. In W. O 'Donohue & J. Geer (Eds.), Handbook of sexual dysfunctions. Boston: Allyn and Bacon.

36- Salholz, E., Click, D., & Gordon, R. (1992, June 1). Gunning for gays. Newsweek, 1-13.

37- Schover, L., & LoPiccolo, J. (1982). Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desires. Journal of Sex and Marital Therapy, 8(3), 179- 197.

38- Schneider, S., Faberow, N., & Kroks, G. (1989). Suicidal behavior in adolescent and young adult gay men. Suicidal and Life-Threatening Behavior, 19, 381- 394.

39- Segal, E. (1982). Women, borscht, gay, laboraratory animals, and nuclear extinction. Invited address at the meeting of the American Psychological [illegible], Washington DC

40- Semans, J. (1956). Premature ejaculation: A new approach. Southern Med. J., 49, 353- 357.

41- The sodomy laws, state by state (1990, December 21). The New York Times.

42- Turner, S., Beidel, D., & Borden, J. (1991). External vacuum devices in the treatment of erectile dysfunction: A one-year study of sexual and psychosocial impact. Journal of Sex and Marital Therapy, 17(2), 81- 93.

43- Wilensky, M., & Myers, M. (1987). Retarded ejaculation in homosexual patients: A report of nine cases. The Journal of Sex Research, 23, 85- 105.

44- Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, CA: Stanford UP.

45- Zeiss, A., Rosen, G., & Zeiss, R. (1977). Orgasm during intercourse: A treatment strategy for women. J. Cons. Clin. Psychol., 45, 891-895.

المحتويـــات

الموضوع	الصفحة


تليجرام
مكتبة
غواص في بحر الكتب
محمد خطاب

هذا الكتــاب

يتضمن هذا الكتاب مجال العلاج النفسى من حيث أشكاله وأساليبه ، كما يتضمن أخلاقيات العلاج النفسى التى توضح مسئوليات المعالجين وحقوق العملاء وطبيعة العلاقة العلاجية .

وكذلك يعرض تطبيقات العلاج النفسى فى علاج الإضطرابات العقلية .

الناشر

